

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR LE

N^o
332

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Ivo VINSKI

Né le 9 octobre 1906 à Karlovac (Yougoslavie)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ACCIDENTS DUS A LA RÉTENTION
DE LA
DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE**

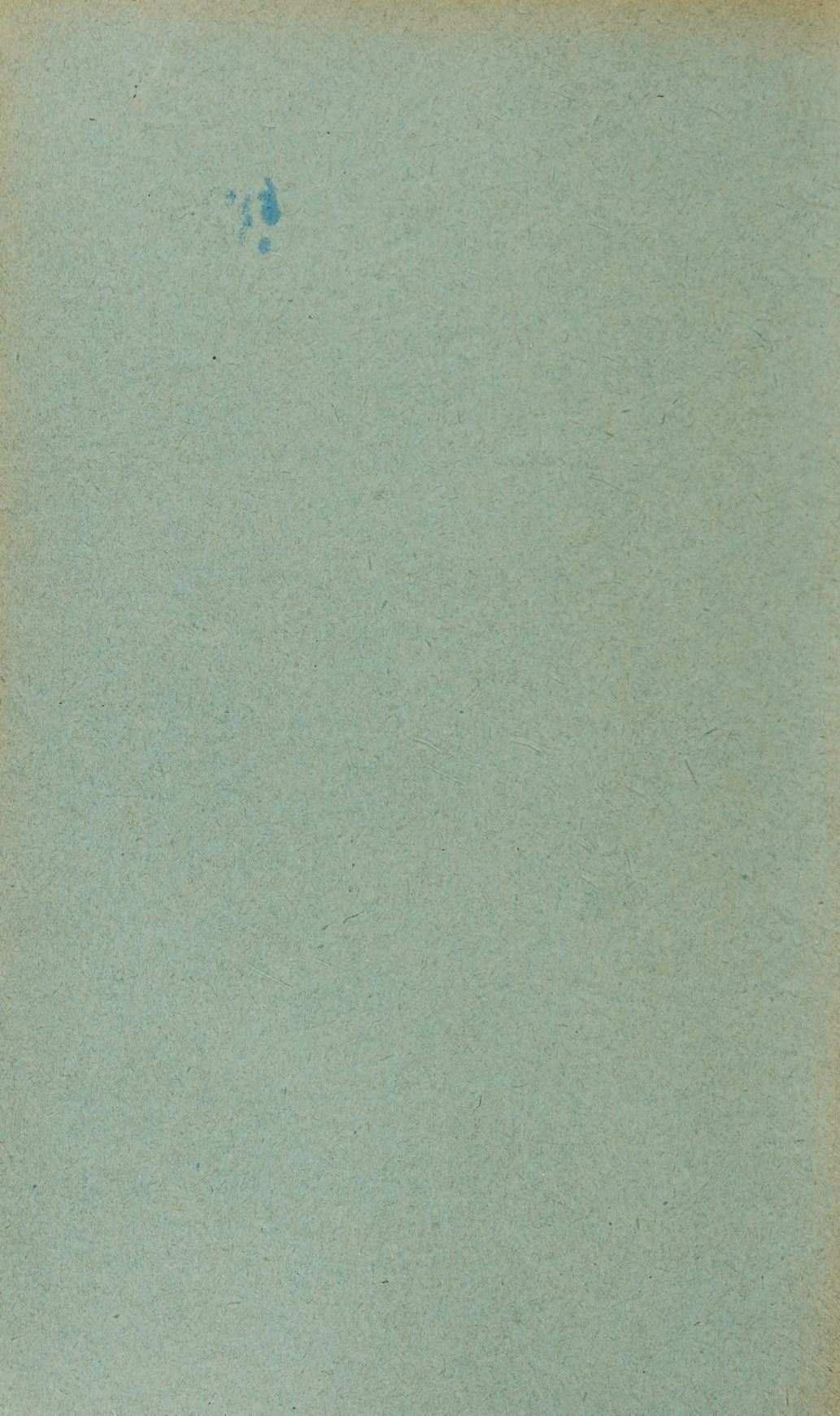
Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551816_0004

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Ivo VINSKI

Né le 9 octobre 1906 à Karlovac (Yougoslavie)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ACCIDENTS DUS A LA RÉTENTION
DE LA
DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE**

Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
	DELbet.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 SANNIE. Chimie biologique.
 BROCC. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHEL. Physiologie.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.Clinique médicale.
CHIRAY.Clinique médicale.
DEBRE.Clinique médicale.
DUVOIR.Clinique médicale.
BASSET.Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.
HEITZ-BOYER.Clinique chirurgicale.
MATHIEU.Clinique chirurgicale.
MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
PROUST.Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
LE LORIER.Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
METZGER. Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR J. VINSKI

Dont la vie laborieuse me servira
d'exemple.

A MA MÈRE

A tous deux témoignage de mon
amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A M. LE PROFESSEUR L. OMBRÉDANNE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
En témoignage de mes sentiments de
gratitude et d'admiration.

A M. LE DOCTEUR J. LEBEDINSKY
STOMATOLOGISTE DES HOPITAUX DE PARIS
DIRECTEUR DE L'ECOLE DE CHIRURGIE DENTAIRE
ET DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Qui m'a inspiré ce travail. Qu'il
veuille bien accepter mes très vifs
remerciements pour son amabilité à
mon égard, et pour les conseils qu'il
m'a prodigués.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MESSIEURS

PIERRE BUDIN ET ALFRED MAZZELLA

PROFESSEURS A L'ÉCOLE DE CHIRURGIE DENTAIRE ET
DE STOMATOLOGIE DE PARIS.

Hommage de reconnaissance.

A MES EXCELLENTS AMIS

ANDRÉ HUTTIN, JEAN LAVOLLAY, JEAN PARIS

INTRODUCTION

Le nombre de travaux publiés sur les accidents des dents de sagesse est considérable. Mais la plupart des auteurs, dans les articles consacrés à l'étude de cette question n'envisagent que les accidents imputables à l'éruption de la dent de sagesse inférieure. Ils ne s'occupent guère des accidents dûs à la dent de sagesse supérieure. Dans les différents traités classiques de stomatologie il en est de même : on y voit de longs chapitres consacrés à l'étiologie, à la pathogénie, à l'évolution clinique et au traitement des accidents accompagnant l'évolution de la troisième molaire inférieure. Quant aux accidents causés par la dent de sagesse supérieure, ils y sont à peine mentionnés. Ces traités se bornent généralement à décrire les troubles provoqués par l'éruption de cette dent en direction vicieuse.

Les accidents de la dent de sagesse sont plus fréquents et surtout plus graves au niveau de la mandibule qu'au niveau du maxillaire, et cela explique, dans une certaine mesure, que la majorité des auteurs se soient bornés à étudier les accidents de la dernière molaire inférieure.

Nous avons eu l'occasion de voir et de suivre, à la consultation dentaire de l'hôpital Cochin ainsi qu'au

Dispensaire de l'École de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris, des patients qui présentaient des accidents dûs à la rétention de la dent de sagesse supérieure. Sur les conseils de notre Maître, M. le Dr Lebedinsky, nous avons réuni un certain nombre de ces observations. Nous y ajoutons quelques observations publiées antérieurement par différents auteurs afin de constituer une revue d'ensemble de la question. Ce travail nous semble intéressant en raison de la fréquence des erreurs commises dans le diagnostic des accidents par rétention de la dent de sagesse supérieure. Erreurs qui risquent parfois d'exposer le malade à des interventions extrêmement larges alors qu'il s'agit d'une simple extraction dentaire.

Nous laisserons de côté les complications de la carie pénétrante de la dent de sagesse ; elles ne diffèrent en rien des complications de la carie des autres dents. Nous ne nous attarderons pas davantage sur la description des troubles consécutifs à l'éruption de la dent de sagesse en mauvaise direction ; ils sont suffisamment connus. Les accidents dûs à la présence d'une dent de sagesse supérieure incluse seront donc les seuls visés dans cette étude.

*
* *

PLAN

Nous avons divisé ce travail en six chapitres.

Dans le premier, nous nous efforçons d'exposer, aussi brièvement que possible, l'ensemble des faits connus sur l'inclusion des dents en général. Le deuxième est un court

rappel de l'anatomie de la dent de sagesse, de la tubérosité maxillaire et des rapports de la tubérosité avec les régions voisines, ayant pour but de faciliter la compréhension des chapitres suivants. Nous consacrons le troisième chapitre à l'étude systématique des accidents dus à l'inclusion de la dent de sagesse supérieure. Les questions concernant le diagnostic positif et le diagnostic différentiel de ces accidents sont exposées dans le cinquième chapitre. Dans le sixième chapitre, nous avons rassemblé nos observations personnelles, nous y avons joint celles que nous avons trouvées dans différents travaux.

Suivent les conclusions et l'index bibliographique.

CHAPITRE PREMIER

LA RETENTION DES DENTS EN GENERAL

Définition.

Une dent est dite *retenue* ou *incluse* lorsqu'elle reste entièrement recouverte par les tissus du maxillaire, au moment où elle devrait occuper la place qui lui est normalement dévolue sur l'arcade alvéolaire. La dent retenue est donc complètement dissimulée.

On rencontre également des dents qui, sans atteindre le plan occlusal, ont traversé, ne serait-ce que par une cuspide, la muqueuse tapissant le rebord alvéolaire. On est alors en présence de la rétention partielle, désignée aussi sous les termes de semi-rétention de Scheff, d'infra occlusion des orthodontistes. Le cas en est assez fréquent, mais ne s'accompagne presque jamais d'accidents comparables à ceux qui sont causés par des dents retenues.

Classification

Toute dent peut rester incluse, que ce soit une dent temporaire, supplémentaire ou permanente.

Il est très rare de voir une dent de lait en rétention.

C'est presque, comme le dit CHARLES RUPPE¹, une « curiosité stomatologique ». DORIAN, dans sa thèse sur la rétention des molaires temporaires, n'a pu, en effet, relever, de 1877 à 1928, que dix observations de dents temporaires retenues. Il semble que ce phénomène, quand il existe, est bien plus fréquent au maxillaire supérieur qu'à la mandibule, et intéresse surtout les deuxièmes molaires de lait.

Quant aux dents surnuméraires, il n'en est plus de même. Il n'est pas du tout exceptionnel d'observer une ou deux dents surnuméraires qui restent à l'intérieur des tissus des maxillaires. On a même fait, à ce point de vue, les constatations les plus étranges. DUFOURMENTEL et FRISON² ont, par exemple, observé un sujet qui avait quarante-quatre dents, dont dix-neuf retenues.

Parmi les dents permanentes il y a surtout trois groupes de dents qui restent très souvent incluses dans les maxillaires :

- Les dents de sagesse inférieures,
- Les dents de sagesse supérieures,
- Les canines supérieures.

Viennent ensuite par ordre de fréquence décroissante : les prémolaires, les incisives, les canines inférieures et les premières et deuxièmes molaires.

1. Ch. Ruppe. *Accidents d'éruption de la dent de sag. inf.*, Paris, 1930, p. 47.

2. Dufourmentel et Frison. « Quelques considérations sur les dents incluses », *Revue Odontologique*, 1928, p. 503.

Situation

La dent retenue occupe le plus souvent l'emplacement normal du germe. Parfois, elle est assez éloignée de cet emplacement, on dit alors qu'elle est en ectopie. La dernière molaire inférieure évolue quelquefois dans la branche montante. On peut rencontrer la dent de sagesse supérieure dans le sinus maxillaire, dans la tubérosité, ou même dans l'apophyse ptérygoïde (cas relaté par MAGITOT). On a cité des cas où les dents se trouvaient dans le plancher des fosses nasales et même dans la paroi inférieure de l'orbite.

Orientation

Normalement verticale, la dent retenue peut souvent occuper une position légèrement ou franchement oblique et même horizontale. Cette désorientation de l'axe de la dent peut être :

a) Soit *primitive* et alors, elle est souvent la cause de la rétention ;

b) Soit *secondaire* : le follicule qui avait une orientation normale au début, va se trouver déplacé au cours de l'accroissement de l'os, en suivant la courbe d'allongement du maxillaire.

Etiologie et Pathogénie

Le problème de l'étiologie et de la pathogénie de la rétention dentaire est très complexe. Aussi n'a-t-il reçu que des solutions hypothétiques malgré les travaux de nombreux auteurs tels : LUNIATSCHEK, FRANZ, DUFOURMENTEL et FRISON, WEIL, WEISBLATT, MARKS...

D'après ces travaux, on peut grouper les causes de rétention en deux catégories : les unes locales et les autres d'ordre général.

I. PARMI LES CAUSES LOCALES, IL CONVIENT DE DISTINGUER TROIS CLASSES :

1^o Citons d'abord celles qui provoquent *l'arrêt du développement du follicule* :

« Toute irritation chronique du follicule, d'ordre mécanique, ou d'ordre infectieux est susceptible de gêner, de retarder et même d'arrêter définitivement l'évolution des follicules voisins ¹ ».

Cette irritation provient le plus souvent d'infections nées des dents adjacentes. Il n'est pas rare, en effet, que la dent la plus rapprochée du germe retenu soit morte depuis longtemps déjà lorsque l'on constate la rétention. Le traumatisme, par son action brutale, les tumeurs siégeant aux maxillaires (kystes paradentaires, odontomes, épulis, ostéomes, etc...) par leurs irritations durables et prolongées, peuvent également être des facteurs de rétention. La dégénérescence kystique du follicule peut être aussi à l'origine de l'inclusion.

2^o Examinons maintenant les causes *qui s'opposent à l'éruption d'un germe dentaire bien constitué et situé à l'intérieur d'un maxillaire normal* :

Ce sont avant tout l'obliquité de l'axe folliculaire et l'ectopie.

S'il y a obliquité de l'axe folliculaire, la dent ne trouve plus devant elle le chemin préformé où elle devait s'engager et elle ne peut faire son éruption.

1. Dufourmentel et Frison, *loc. cit.*, p. 498.

En ectopie, la dent se développe loin de l'emplacement normal. Dans ce cas, elle doit franchir une distance trop grande et elle reste incluse.

La persistance de dents temporaires et la présence de dents supplémentaires peuvent causer la rétention. Dans ces deux cas, l'emplacement assigné à la dent est déjà occupé. La dent ne trouvant pas sa place est gênée dans son évolution : ou elle évoluera dans une direction anormale, ou elle restera à l'intérieur du maxillaire.

Quelquefois le follicule se soude au tissu osseux qui l'entoure. Il se produit, entre les tissus dentaires et osseux, une véritable synostose qui empêche l'éruption ultérieure de la dent. GALLIPPE a signalé un certain nombre de cas semblables.

3^o Viennent enfin toutes *les affections locales qui peuvent être à la base d'une atrésie des arcades alvéolaires ou d'une hypotrophie des maxillaires.*

Les conséquences néfastes de la chute précoce et surtout de l'avulsion prématurée des dents temporaires sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

La mâchoire supérieure atrésiée est souvent l'apanage des sujets atteints d'obstruction des fosses nasales. Les dents évoluant sur ces mâchoires sont gênées dans leur éruption. Il en résulte toujours des malpositions et quelquefois la rétention. Nous avons vu nous-mêmes, en plusieurs occasions, des jeunes malades au faciès adénoïdien ; l'arcade alvéolaire supérieure était déformée et à côté des dents mal placées se trouvaient une ou plusieurs dents incluses.

Les affections de l'articulation temporo-maxillaire, les arthrites, les luxations et à plus forte raison les ankyloses, déterminent une atrophie plus ou moins marquée de la mandibule. Cette atrophie s'accompagne de nombreux troubles de l'évolution dentaire, dont la rétention.

II. LES CAUSES D'ORDRE GÉNÉRAL QUI PEUVENT DÉTERMINER LA RÉTENTION DENTAIRE SONT DE DEUX SORTES :

1° *L'hérédité* joue certainement un rôle plus important qu'on ne le croyait autrefois. La cumulation des cas de rétention dentaire chez les différents membres d'une même famille en est la preuve. Ainsi ADLOFF¹ cite le cas d'un jeune homme chez qui les deux canines restaient retenues ; les dents de lait correspondantes n'étaient pas tombées. En examinant sa mère, il trouve la même anomalie. SCHIEFER² a vu des canines retenues dans trois générations successives de la même famille. LÉVY³ décrit un cas curieux de rétention familiale de la canine : sur neuf frères et sœurs, il s'en trouvait cinq dont les canines supérieures étaient restées à l'intérieur du maxillaire. Chez les quatre autres, elles firent leur éruption à un âge plus avancé que chez les sujets normaux.

1. ADLOFF (P.). *Über Zahnretention. D. Zahnärztl. Wochenschr.*, 1910, p. 29.

2. SCHIEFER. *Retention der Zähne. D. Monatsschr. für Zahnheilk.*, 1922, p. 385.

3. LÉVY (H.). *Fall von familiarer Eckzahnretention. D. Zahnärztl. Wochenschr.*, 1908, p. 961.

2° *Les maladies dystrophiantes*, responsables des arrêts de développement les plus divers, sont fréquemment à l'origine des troubles de l'évolution dentaire.

Parmi celles-ci, la plus importante est certainement la syphilis héréditaire. KRANZ¹ a fait une étude remarquable sur les anomalies du système dentaire chez des syphilitiques congénitaux. Il cite de nombreux cas de rétention et d'ectopie.

Le rachitisme vient ensuite. Une observation de WEIL² le prouve nettement :

Un malade, âgé de cinquante ans, présente tous les stigmates du rachitisme. Il a une denture fort incomplète. La radiographie montre à l'intérieur des maxillaires toutes les dents qui manquent sur les arcades. L'examen de la bouche de ses cinq enfants, également rachitiques, ne révèle que la présence de quelques rares dents. Chez eux aussi la radiographie décèle de nombreuses rétentions.

Quelquefois, on a incriminé les affections des glandes endocrines, la tuberculose, l'alcoolisme et la consanguinité des parents.

Symptomatologie

En dehors des complications, la rétention d'une dent ne donne lieu à aucun signe subjectif. Aussi dans beaucoup de cas, elle est méconnue.

Parfois, c'est la persistance d'une dent temporaire

1. KRANZ (P.). « *Über Zahnanomalien bei Kongenit. Lues* » Sammlg. Meusser, Berlin, 1920.

2. WEIL. *Retention der Zähne und Persistenz der Milchzähne*. D. Zahn-
na tl, Wochenschr., 1922, p. 483.

ou l'absence inexpliquée d'une dent sur l'arcade, qui attire l'attention du dentiste. Dans d'autres cas une vous-sure anormale, révélée au cours d'une inspection de la cavité buccale fait approfondir l'examen, qui permet alors de déceler la présence d'une dent incluse. Enfin, une radiographie, pratiquée dans la même région pour une toute autre raison, indique par hasard la présence d'une dent insoupçonnée à l'intérieur du maxillaire.

D'autres fois, la dent retenue se révèle par les accidents qu'elle détermine. Disons, dès maintenant, qu'ils se groupent sous quatre chefs différents :

Accidents mécanique,

Accidents infectieux,

Accidents tumoraux,

Accidents nerveux.

Leur étude sera entreprise d'une façon systématique au chapitre III que nous avons entièrement consacré aux accidents imputables à la dent de sagesse retenue.

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude anatomique détaillée, ni d'exposer des idées originales sur la question. Nous nous bornerons à mettre en relief un certain nombre de points, dont l'exposé est indispensable à la bonne compréhension de notre sujet. Nous dirons ainsi quelques mots sur la dent de sagesse, sur la tubérosité maxillaire et sur les rapports qu'elle contracte avec les régions voisines.

I. DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE

Cette dent est la dernière des trois molaires supérieures et par sa situation et par sa date d'apparition. Elle occupe la partie la plus reculée de l'arcade alvéolaire. Son éruption se fait chez la race blanche vers l'âge de 18 ans, mais on observe fréquemment des évolutions plus tardives.

La couronne de la dent de sagesse est le plus souvent

trituberculée. Elle a généralement trois racines, qui peuvent être distinctes ou fusionnées.

Mais la troisième molaire est un organe en régression, qui peut présenter de nombreuses anomalies de taille et de forme. Elle a, ou les dimensions d'une molaire normale bien constituée, ou atteinte de nanisme, elle est minuscule. La couronne peut n'avoir qu'une ou deux cuspides, ou au contraire en présenter un nombre plus grand que la dent normale : quatre, cinq et même huit. Le nombre de racines peut varier de un à quatre.

Les racines de la troisième molaire supérieure s'implantent dans une alvéole creusée dans la partie inférieure de la tubérosité maxillaire. Les accidents causés par la dent de sagesse se manifesteront donc souvent d'abord au niveau de la tubérosité. De là, ils pourront se propager secondairement vers les régions voisines. Nous sommes ainsi amenés à dire quelques mots sur la tubérosité maxillaire et ses rapports avec les régions qui l'entourent.

II. TUBÉROSITÉ MAXILLAIRE.

Définition.

On désigne sous ces termes la partie arrière du maxillaire supérieur. Elle est limitée en avant et en haut par le bord postérieur du sommet tronqué de l'apophyse malaire du maxillaire. En bas et en avant, elle est séparée de la fosse canine par une crête épaisse. Cette crête, concave en dehors, prolonge presque verticale-

ment le bord postérieur du sommet tronqué de l'apophyse malaire. Elle se dirige vers la racine de la première grosse molaire.

Aspect extérieur

La tubérosité maxillaire a la forme d'une saillie mousse, arrondie, et elle est dans son ensemble convexe transversalement et de haut en bas.

La face postérieure de la tubérosité est creusée, près de son bord supérieur, d'une *gouttière transversale*. La profondeur de celle-ci augmente de dedans en dehors jusqu'à l'extrémité postérieure de la gouttière sous-orbitaire. Cette gouttière transversale répond au *nerf maxillaire supérieur*. Dans la partie moyenne de cette même face on voit deux à trois orifices. Ce sont les orifices des *canaux dentaires postérieurs* dans lesquels s'engagent les vaisseaux et les nerfs du même nom. La face postérieure de la tubérosité se continue en haut et en dehors par une surface lisse, qui est la face postérieure zygomatique de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur.

La face interne de la tubérosité présente deux parties séparées l'une de l'autre par la ligne d'insertion de la lame horizontale du palatin : la partie inférieure ou alvéolaire et la partie supérieure ou nasale. *La partie nasale* est subdivisée par une gouttière oblique en bas et en avant en deux zones rugueuses. L'os palatin s'articule avec les deux surfaces rugueuses et transforme cette gouttière en un canal : *le canal palatin postérieur*.

Le bord postérieur de la tubérosité sépare sa face interne de sa face postérieure. Il est à peu près vertical.

On observe à chacune de ses extrémités une surface articulaire. La supérieure s'articule avec l'apophyse orbitaire du palatin. L'inférieure s'unit à l'apophyse pyramidale de cet os. Entre les deux surfaces articulaires, le bord postérieur de la tubérosité contribue à limiter en avant l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Architecture.

La tubérosité est surtout formée de tissu osseux compact. Dans la partie inférieure alvéolaire il existe cependant du tissu spongieux.

A ces données anatomiques il convient d'ajouter un fait très important : la tubérosité contribue à la formation du sinus maxillaire. La cavité de l'antre d'Higmore, qui occupe la totalité de la pyramide du maxillaire supérieur est, en effet, limitée en arrière par la tubérosité maxillaire. Les racines de la dent de sagesse supérieure sont généralement séparées du sinus par une lamelle de tissu spongieux dont l'épaisseur varie de trois à quatre millimètres. Mais il est parfois des sinus qui envahissent la tubérosité. Dans ce cas, la cavité sinusale s'avance jusqu'au sommet des racines, s'insinue même entre celles-ci, de telle sorte que les apex plongent en elle. Cette disposition favorise évidemment la propagation d'une lésion péri-apicale au sinus. Mais même quand il n'en est pas ainsi, la cloison osseuse, étant éminemment perméable, les germes microbiens ont toute facilité pour atteindre le sinus.

Rapports.

Les rapports de la tubérosité maxillaire peuvent être divisés en externes, postérieurs et internes.

1^o Rapports externes.

L'insertion horizontale du muscle buccinateur, situé au-dessus des dernières molaires, permet de distinguer : des rapports supérieurs, jugaux ; et des rapports inférieurs, vestibulaires.

A. *Rapports inférieurs.* La partie de la tubérosité située au-dessous de l'insertion du buccinateur correspond au vestibule buccal. Elle est tapissée par la muqueuse gingivale. Cette muqueuse sertit les collets des dents. Elle est épaisse et adhérente dans sa portion inférieure ; en haut, elle devient mince et décollable. Au niveau de la gouttière gingivo-jugale, elle se réfléchit et adhère au muscle buccinateur dont elle recouvre la face interne.

B. *Rapports supérieurs.* La partie antéro-externe de la tubérosité est en haut en rapport étroit avec la joue. La joue est constituée par plusieurs couches qui sont, en allant de la surface vers la profondeur :

a) *La peau*, assez épaisse et mobile recouvrant un tissu sous-cutané, cellulo-adipeux, dont l'épaisseur diminue de l'arrière à l'avant.

b) *Le plan musculaire superficiel*, discontinu, formé de muscles peauciers, qui sont plats et minces et convergent tous vers la commissure labiale.

c) *Le plan musculaire profond*, formé surtout par le

buccinateur. Les fibres externes du buccinateur ne sont adhérentes au plan musculaire superficiel et à la peau que dans les parties supérieures et inférieures. A sa partie moyenne, le buccinateur est séparé du plan musculaire superficiel et de la peau par un espace en forme de coin à base postérieure qui contient un tissu de remplissage : *la boule graisseuse de Bichat*. De plus, cet espace est traversé par le canal de Stenon, l'artère et la veine faciales, par des vaisseaux lymphatiques et par de nombreux filets nerveux moteurs et sensitifs.

d. *Le plan profond* de la joue est formé par la muqueuse buccale, qui adhère fortement à la face interne profonde du muscle buccinateur.

2° *Rapports internes.*

La face interne de la tubérosité présente deux parties : la supérieure ou nasale et l'inférieure ou alvéolaire.

Le segment nasal est creusé d'une gouttière qui constitue la paroi externe du canal palatin postérieur. Ce canal est traversé par le nerf palatin antérieur escorté de ses vaisseaux satellites. Ces formations ne sont donc séparées des racines de la dent de sagesse supérieure que par un mince feuillet osseux. Cette disposition anatomique explique les irradiations douloureuses vers la voûte palatine en cas d'existence de foyers infectieux au niveau de la tubérosité.

La partie alvéolaire forme les parois latérales de la voûte palatine. Elle est recouverte par une muqueuse épaisse et adhérente. Le nerf et les vaisseaux palatins antérieurs quittent le canal palatin postérieur par le

trou palatin et cheminent dans une gouttière osseuse parallèle à l'arcade dentaire.

3° *Rapports postérieurs*

Par sa face postérieure, la tubérosité maxillaire forme les parois antérieures de la fosse ptérygo-maxillaire et de son arrière-fond. Les connexions de la tubérosité avec ces régions sont donc très étroites.

La fosse ptérygo-maxillaire a la forme d'une dépression pyramidale, triangulaire, assez irrégulière, délimitée par trois parois : les parois supérieure, interne et antérieure. La *paroi supérieure* est constituée par la partie inférieure de la face externe de la grande aile du sphénoïde et par la surface plane sous-temporale de l'écaille du temporal. Le fond de l'apophyse ptérygoïde forme, avec la surface latérale du pharynx, sa *paroi interne*. Et la *paroi antérieure* est constituée par la tubérosité maxillaire.

La fosse ptérygo-maxillaire communique avec les régions voisines par de larges orifices. Une collection de pus de la fosse ptérygo-maxillaire pourrait donc fuser : 1° *En dehors* par l'échancrure sigmoïde vers la région masséterine ; 2° *En haut* par le trou zygomatique vers la région temporale, ou même par la fente sphéno-maxillaire vers l'orbite ; 3° *en avant* par un large orifice situé en dehors du maxillaire supérieur et au-dessus du ligament ptérygo-maxillaire vers le vestibule buccal et la joue, et 4° *en dedans* à travers la fente ptérygo-maxillaire vers l'arrière-fond de la fosse pterygo-maxillaire.

L'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire n'est qu'un prolongement de la fosse ptérygo-maxillaire. Il a la

forme d'une pyramide quadrangulaire. Limité en avant par le bord postérieur et la partie interne de la tubérosité maxillaire, en arrière par l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, en dedans par la lame verticale du palatin, l'arrière-fond n'a pas de véritable paroi externe. Celle-ci est, en effet, constituée par la fente ptérygo-maxillaire, qui le fait communiquer avec la fosse ptérygo-maxillaire proprement dite.

La *région ptérygo-maxillaire* est occupée par les muscles ptérygoïdiens interne et externe, les vaisseaux maxillaires internes, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur. Les rapports les plus intéressants, pour nous, sont ceux des organes accolés sur la tubérosité.

Vaisseaux.

L'*artère maxillaire interne* est une des deux branches terminales de la carotide externe. Elle gagne la région ptérygo-maxillaire en passant par la boutonnière rétro-condylienne. Très flexueuse, elle la traverse, se porte vers l'arrière-fond et prend, arrivée au trou sphéno-palatin, le nom d'artère sphéno-palatine. Elle ne descend jamais jusqu'au niveau des racines de la dent de sagesse supérieure. Elle donne au cours de son trajet quatorze collatérales. Parmi celles-ci, il en est une qui entre en rapports immédiats avec la région osseuse correspondant à l'alvéole de la troisième molaire. C'est sa branche *alvéolaire*.

L'*artère alvéolaire*, volumineuse, s'applique, en effet, en décrivant quelques sinuosités, sur la partie moyenne de la tubérosité maxillaire. Elle donne des rameaux den-

taires qui s'engagent dans les canaux dentaires postérieurs et se distribuent aux racines des molaires et au sinus maxillaire. La lésion ou la rupture de cette artériolle, quelquefois inévitable au cours de l'avulsion chirurgicale de la dent de sagesse supérieure, est la principale cause de l'hémorragie qui peut survenir à la suite de cette opération.

Les veines de la région sont très nombreuses. Une partie de celles-ci est tributaire du *plexus ptérygoïdien*, mais la majorité s'en déverse dans la *veine faciale profonde de Walther*. L'un et l'autre sont en communication avec les *sinus carverneux*. Une infection de la tubérosité, dûe à un accident de dent de sagesse, pourrait donc être à origine d'une trombo-phlébite du sinus caverneux.

Nerfs.

Le nerf maxillaire supérieur chemine dans la gouttière qui lui est destinée dans la partie toute supérieure de la face postérieure de la tubérosité. A l'endroit même où il pénètre dans la gouttière sous-orbitaire il donne naissance à deux ou trois branches collatérales. Ce sont *les nerfs dentaires postérieurs et supérieurs*. Ils creusent à la surface de l'os des gouttières plus ou moins visibles, accompagnent les branches terminales de l'artère alvéolaire, et s'engagent, comme celles-ci, dans les canaux dentaires postérieurs. On distingue à chacun de ces filets nerveux deux segments : 1° un segment libre qui donne des rameaux pour la muqueuse gingivale ; 2° un segment intra-osseux. Les parties intraosseuses cheminent dans les canaux dentaires, qui peuvent parfois être réduits à de simples gouttières, laissant le nerf en contact

direct avec la muqueuse sinusale. Dans leur trajet intracaniculaire les nerfs dentaires postérieurs s'anastomosent entre eux, et rejoignent en avant les ramifications des nerfs dentaires moyen et antérieur pour former un réseau à mailles irrégulières ; c'est le *plexus dentaire*. Ce plexus est donc en rapport très étroit avec les dents et avec l'antre d'Higmore. Son irritation provoque invariablement, qu'elle soit d'origine dentaire ou d'origine sinusienne, les mêmes troubles névralgiques. De plus, la richesse de la région en nerfs sensitifs explique la facilité avec laquelle tout accident inflammatoire ou infectieux de cette partie devient le point de départ de troubles réflexes sur tout le territoire du trijumeau.

Lymphatiques.

Les lymphatiques de la région aboutissent, soit aux ganglions sous-maxillaires antérieurs, moyens ou postérieurs, soit aux ganglions supérieurs, soit enfin à quelques ganglions géniens. C'est à l'examen de ces divers groupes ganglionnaires, et en particulier du sous-angulo-maxillaire, qu'il faudra procéder pour rechercher l'adénite symptomatique d'une infection de la tubérosité maxillaire.

CHAPITRE III

ACCIDENTS DUS A LA RETENTION DE LA DENT DE SA GESSE SUPERIEURE

On peut les diviser schématiquement en quatre groupes :

Les accidents mécaniques,

Les accidents tumoraux,

Les accidents nerveux,

Les accidents infectieux.

Nous disons *schématiquement*, parce que cette classification na rien d'absolu. Ainsi, par exemple, des troubles nerveux peuvent accompagner les accidents mécaniques, et il n'est pas rare de voir un kyste dentifère s'infecter secondairement. Nous garderons néanmoins, cette classification car elle facilite grandement la description de la symptomatologie de ces accidents.

Nous dirons d'abord quelques mots sur les accidents mécaniques, nous décrirons ensuite brièvement les symptômes cliniques des accidents tumoraux et, après avoir cité les principaux troubles nerveux, nous insisterons surtout sur les complications infectieuses qui nous semblent les plus importantes.

I. ACCIDENTS MÉCANIQUES

La dernière molaire en rétention produit ces accidents par son action sur les dents voisines. En exerçant sur ces organes une pression lente mais continue, elle peut en provoquer le déplacement. Ce déplacement est quelquefois tellement important qu'il cause de véritables modifications de tout l'articulé dentaire. Celles-ci peuvent, à leur tour, être à l'origine de troubles de la parole.

D'autres fois, cette désorientation s'accompagne de phénomènes d'arthrite alvéolo-dentaire : sensibilié ou même douleur à la mastication, déchaussement et mobilité anormale allant jusqu'à la chute d'une ou de plusieurs dents.

Dans d'autres cas la pression, exercée par la dent de sagesse retenue sur les racines de la deuxième molaire, peut causer leur résorption. Quand cette résorption n'est pas très importante, elle peut guérir d'elle-même. Il se produit alors une véritable soudure des deux dents en cause, sans que ce phénomène donne lieu à aucune manifestation clinique. C'est en voulant pratiquer l'extraction de la dent de douze ans, pour une toute autre raison, que l'on s'aperçoit de la lésion. En effet, l'avulsion est très laborieuse et malgré une mobilisation assez marquée de la dent on ne parvient pas à l'extraire. Si l'on cherche alors la raison des difficultés rencontrées, en effectuant une exploration minutieuse de la région à l'aide de la sonde dentaire et si l'on prend une radiographie

intra-buccale, on finit par découvrir l'origine de l'incident : une *synostose* dentaire. Il ne reste plus qu'à débri-der largement la dent de sagesse et les deux dents sou-dées viendront très facilement. Nous avons eu l'occasion nous-mêmes, de voir un cas de ce genre.

Mais la résorption peut être plus forte. On peut voir se produire de véritables ulcérations des apex avec la dénudation de leurs paquets vasculo-nerveux. Ces or-ganes, fort sensibles à toute irritation anormale, se trouvent donc comprimés à leur tour. Il peut en résul-ter une pulpite ou une mortification pulpaire, suivie de gangrène avec toutes ses conséquences.

II. ACCIDENTS TUMORAUX

Pratiquement on n'observe qu'une seule complica-tion, véritablement tumorale, de la rétention de la der-nière molaire supérieure : le *kyste dentifère*. Les odo-nomes développés aux dépens des dents retenues sont exceptionnels et on n'a pas encore publié de cas où l'o-dontome aurait eu comme origine une dent de sagesse supérieure. Quelquefois on peut observer un bourgeonne-ment de la muqueuse gingivale, simulant de véritables tumeurs, et qui est dû à une infection chronique du sac péri-coronaire de la dent retenue. Nous décrirons ces pseudo-tumeurs inflammatoires en étudiant les acci-dents infectieux.

Le problème pathogénique de la naissance du kyste dentifère n'est pas encore élucidé. De sorte qu'il est actuellement impossible de dire si c'est la transforma-

tion kystique du follicule dentaire qui a causé la rétention, ou si c'est, au contraire, la dégénérescence secondaire du sac péricoronaire de la dent incluse, qui a abouti à la formation de la tumeur.

Le kyste dentifère est une tumeur qui présente quelques caractères particuliers : sa poche est formée par une membrane épithéliale entourée de tissu conjonctif. Elle est uniloculaire et elle s'insère exactement au niveau du collet de la dent. Remplie d'un liquide dont la teinte varie du jaune citron au jaune brun, la cavité kystique contient de plus la couronne de la dent retenue. Les racines, qui peuvent être normales ou incomplètement développées, sont au contraire entourées de tissu osseux et toujours situées en dehors du kyste. Le kyste dentifère est une tumeur bénigne. Cette tumeur se développe lentement mais d'une façon continue. Elle est généralement petite, mais elle peut s'accroître et devenir assez volumineuse. En grandissant, le kyste dentifère use et refoule à la fois l'os qui l'entoure.

Il peut parfois, surtout s'il évolue vers le sinus, rester longtemps latent. Mais dans ce cas, s'il était soupçonné, la simple ponction transmésiatique pourrait nous confirmer son existence.

Le plus souvent, quand le kyste dentifère acquiert un certain volume il est cliniquement perceptible. Dans le cas particulier de la dent de sagesse supérieure on peut constater :

1° *Une déformation de la région jugale.* L'hémi-face atteinte est tuméfiée, mais indolore et recouverte d'une peau absolument saine ;

2° En inspectant le vestibule on voit une *tumeur volumineuse* qui fait saillie dans la moitié postérieure de la région vestibulaire.

3° A la palpation on trouve la *muqueuse normale*, non épaissie. En comprimant le point culminant de la saillie on perçoit le signe de la *crépitation parcheminée*.

4° La ponction exploratrice permet de *retirer un liquide* jaune, renfermant des cristaux de cholestérine, caractéristique des kystes du maxillaire.

5° La radiographie enfin, montre une *dent intrakystique* et signe le diagnostic du kyste dentifère.

Si l'on n'opère pas le kyste à cette période, il continue à s'accroître et amincit de plus en plus la coque osseuse qui l'entoure. La cavité de la tumeur finit par communiquer avec le milieu buccal. Celui-ci, très septique, ne tarde pas à l'infecter. Cette infection peut se manifester par un écoulement abondant de pus par une ou plusieurs fistules.

III. ACCIDENTS NERVEUX.

A. Névralgie.

On observe assez souvent des dents de sagesse supérieures en rétention qui causent des douleurs, parfois intenses, sans qu'il y ait aucune lésion anatomique. Si la riche innervation de la tubérosité maxillaire, et surtout les rapports que peut contracter la dent retenue avec le plexus dentaire, en expliquent la fréquence, le mécanisme intime de leur pathogénie reste néanmoins obscur.

Ces douleurs peuvent être localisées ou irradiées. *Localisées*, elles siègent exactement au niveau de la dent retenue. *Irradiées*, elles se propagent dans des régions plus ou moins éloignées. Tantôt le malade incrimine une ou plusieurs dents voisines. D'autres fois, il ressent des douleurs plus ou moins intenses dans la moitié correspondante du maxillaire, de la voûte palatine ou même de la face. Il existe des cas — nous en avons observés — où la dent incluse provoque des otalgies, des névralgies oculaires, frontales ou temporales. Les céphalées, ou les douleurs au niveau de la nuque, d'origine dentaire, sont moins fréquentes. Plus rarement encore, « les douleurs pourront revêtir le type de la névralgie essentielle, caractérisée, comme on le sait, par des accès douloureux subits, localisés à la sphère d'une des branches du trijumeau, et qui ne laissent, après leur disparition, qu'un léger endolorissement. Ces accès douloureux peuvent se reproduire fréquemment, 10, 20, 50 fois dans la journée ; au contraire, ils peuvent être très espacés ¹ ».

B. *Accidents nerveux réflexes.*

A côté des accidents douloureux il nous faut signaler les *troubles réflexes*. Le nerf trijumeau, qui est le plus grand nerf sensitif du système maxillo-dentaire, peut, en effet, « être considéré comme l'un des nerfs les plus réflexogènes de l'organisme ² ». Par ses anastomoses, il entre en rapport avec de nombreux nerfs : le facial, le pneumogastrique, le grand hypoglosse, le sympathique

1. Dufourmentel et Frison. « Quelques considérations sur les dents incluses », *Revue odontologique*, 1928, p. 505.

2. HERPIN et ROUSSEAU-DECELLE. Introduction à l'étude des accidents de dentition, édition de la *Semaine dentaire*.

et les nerfs de l'œil. De plus, ses noyaux centraux ont des connexions intimes avec les origines du parasymphatique. Une dent incluse peut donc, par l'excitation faible, mais répétée, qu'elle exerce sur les terminaisons du trijumeau, être à l'origine des troubles réflexes les plus variés. Nous citerons d'abord le trismus d'origine réflexe. Ce trismus n'est, en effet, jamais dû à la myosite des muscles masticateurs lorsqu'il est causé par la rétention de la troisième molaire supérieure, à l'encontre de ce qui se passe au cours des complications de l'évolution de la dent de sagesse inférieure. D'origine « nerveuse » il n'est pas très accentué et il est moins rebelle que lorsqu'il accompagne une lésion organique des muscles masticateurs. Cette constriction des mâchoires est une complication assez rare et qui cède facilement au traitement causal. Nous mentionnerons ensuite *les troubles sécrétoires* : l'hypersécrétion des glandes salivaires, l'exagération de la sécrétion lacrymale de l'œil du même côté ; enfin *les troubles trophiques*, tels que la pelade d'origine dentaire.

Quelques auteurs ont accusé les dents retenues d'être à l'origine de certains troubles moteurs (tics, paralysies) et ROUSSEAU-DECELLE¹ a montré l'influence qu'elles peuvent avoir sur la production de diverses dermatoses. Si, théoriquement, cette étiologie n'est pas impossible, il faudra, en clinique, avant d'incriminer cette cause dentaire, procéder à un examen très complet du malade

1. ROUSSEAU-DECELLE. « De l'influence des irritations bucco-dentaires sur la production et l'évolution des dermatoses », *Revue maxillo-faciale*, décembre, 1919.

et éliminer toutes les autres causes des troubles qu'il présente.

IV. ACCIDENTS INFECTIEUX

Les dents retenues ne déterminent que rarement des accidents infectieux. D'après DUFOURMENTEL et FRISON, la porportion des dents incluses infectées n'est d'environ que d'un cinquième du nombre total de dents retenues. Les complications infectieuses de la rétention de la dent de sagesse supérieure sont donc rares. Leur étude nous semble cependant intéressante. Ce sont le plus souvent des affections chroniques, bénignes, mais leur symptomatologie est tellement variée qu'elle peut induire en erreur un spécialiste expérimenté et l'amener à un diagnostic erroné.

Ces accidents ont, malgré leur symptomatologie moins accentuée et leur évolution moins grave, la même origine que les accidents observés au niveau de la dent de sagesse inférieure : *la péri coronarite suppurée*.

La péri coronarite.

Les travaux de CAPDEPONT ont montré que cette infection de la cavité péri coronaire est à l'origine de la plupart des accidents infectieux de l'évolution de la dent de sagesse inférieure. FARGIN-FAYOLLE a eu le mérite de prouver qu'il en est de même pour les complications infectieuses de la rétention de la troisième molaire supérieure. Dans ce cas encore, l'inflammation du sac péri coronaire est l'accident initial qui pourra engendrer toute une série d'autres complications.

Il y a cependant quelques distinctions à faire quant au processus d'apparition et à l'évolution ultérieure de ces péricoronarites.

A la mandibule, ce sont des accidents qui se produisent spontanément au cours de l'éruption de la dent de sagesse : le sac péricoronaire de la dent en évolution persiste au delà de l'époque où devrait s'effectuer normalement sa résorption. Une solution de continuité de la muqueuse gingivale se produit alors à son niveau. La cavité péricoronaire se trouve, de ce fait, en communication avec le milieu buccal, milieu éminemment septique, qui ne tarde pas à l'infecter. On observera donc ces accidents à l'âge où se fait l'éruption de la dent de sagesse, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, entre 18 et 25 ans

Au maxillaire supérieur, ces accidents sont plus tardifs. Ce ne sont plus les complications d'une éruption difficile, mais bien des accidents de *désinclusion* d'une dent retenue dont l'évolution est depuis longtemps achevée.

Cette *désinclusion* n'est jamais spontanée. Souvent, c'est une monoarthrite suppurée de la dent de douze ans qui est à l'origine de tout le mal : l'infection apicale peut, en effet, se propager au voisinage et envahir la cavité péricoronaire de la dent incluse. Quelquefois, c'est le dentiste lui-même qui favorise l'infection. En pratiquant l'avulsion de la deuxième molaire supérieure il peut, accidentellement, faire communiquer le sac péricoronaire de la dent de sagesse incluse avec la cavité buccale. La résorption progressive du tissu osseux du

procès alvéolaire, qui se produit normalement avec l'âge, surtout chez les édentés, peut aboutir au même résultat. Dans d'autres cas, les germes pathogènes pénètrent dans le sac péricoronaire à la faveur d'une ulcération de la muqueuse gingivale produite par un appareil de prothèse.

La péricoronarite se manifeste cliniquement par un léger gonflement de la muqueuse gingivale dans la région rétro-molaire. Ce gonflement s'accompagne le plus souvent d'une simple sensation de gêne et de lourdeur du côté malade. Cependant on observe des cas où le malade consulte pour des douleurs intenses plus ou moins bien localisées. La palpation de la région tuméfiée provoque une douleur d'intensité variable mais toujours nette. Si l'on n'intervient pas à ce stade, le pus collecté dans le sac péricoronaire vient s'écouler par une ou plusieurs fistules, situées le plus souvent au niveau de la tubérosité. Dès lors, les symptômes fonctionnels diminuent ou disparaissent même complètement. Le seul signe du processus infectieux est alors souvent la simple persistance de cette fistule.

Les bords de l'orifice fistulaire externe s'hypertrophient parfois et deviennent bourgeonnants : l'examen permet de voir une tumeur formée par plusieurs bourgeons charnus, de couleur rose violacée, mous et ne saignant pas. Cet aspect peut faire croire à l'évolution d'un néoplasme malin alors qu'il ne s'agit, en réalité, que d'une pseudo-tumeur inflammatoire due à l'infection chronique. L'exploration attentive permettra toujours de découvrir l'orifice externe de la fistule, plus ou moins

dissimulée parmi les bourgeons. Le cathétérisme de cette fistule, pratiqué à l'aide d'un stylet fin, permet d'obtenir un son sec caractéristique au contact de la dent retenue.

Les complications de la péricoronarite.

Nous avons dit que l'infection du sac péricoronaire de la dent de sagesse supérieure aboutit à une péricoronarite fistulisée. La fistule, par laquelle s'écoule de temps à autre une gouttelette de pus, peut persister indéfiniment sans causer d'autres accidents. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il est, en effet, des cas où le contact prolongé de la dent avec les produits septiques entraîne une *carie*. Cette carie peut à son tour causer une pulpite ou engendrer une gangrène pulpaire avec toutes ses conséquences.

D'autre fois, l'infection se propage :

Soit par *contiguïté* et gagne les différents tissus environnants : muqueuse buccale, tissu cellulaire, os..., soit à *distance* en empruntant les voies lymphatiques ou veineuses.

A. Complications par propagation directe de l'infection.

1° Complications muqueuses.

La péricoronarite suppurée de la dent de sagesse supérieure peut être à l'origine d'une *stomatite* bien que le fait soit plus rare qu'au niveau de la dent de sagesse inférieure. Cette stomatite reste pendant longtemps à l'état catarrhal lorsque l'infection est atténuée. Elle devient, au contraire, rapidement nécrotique si la virulence des microbes est grande ou si le sujet se trouve

dans un état de moindre résistance. Le patient présente alors des gencives gonflées qui s'ulcèrent même par endroits. Ces lésions ont leur maximum d'intensité au niveau de la dent de sagesse en cause. Elles s'accompagnent de douleurs, de la fétidité de l'haleine et d'une salivation abondante ; de plus, l'état général du malade se trouve plus ou moins altéré.

Dans d'autres cas, l'infection peut s'étendre aux piliers du voile et à l'amygdale et déterminer des *angines à répétition*, dont on pourra méconnaître l'origine. Ces amygdalites peuvent, elles aussi, devenir ulcéreuses et ainsi revêtir l'allure de *l'angine de Vincent*.

2° Complications osseuses.

L'infection gagne souvent le tissu osseux de l'alvéole en produisant des lésions d'ostéite. Les formes graves d'ostéopériostite hypertrophique et d'ostéo-myélite suppurée qui peuvent même aboutir à la nécrose du maxillaire, et que l'on constate souvent à la mandibule, sont tout à fait exceptionnelles au maxillaire supérieur. Le plus souvent, tout se borne à la production d'un *foyer d'ostéite chronique*. Celui-ci donne naissance à une ou à plusieurs fistules qui s'ouvrent soit à la muqueuse soit à la peau.

3° Complications sinuses.

Les rapports étroits qui existent entre l'alvéole de la dent de sagesse supérieure d'une part, et l'antre de Hignmore d'autre part, expliquent la propagation fréquente vers le sinus, d'une ostéite de cette région. Un

empyème du sinus ou une sinusite maxillaire vraie, avec tout leur cortège symptomatique, en sont les conséquences inévitables.

4° *Cellulites.*

Les cellulites faciales sont généralement moins graves que celles que l'on observe à la suite des accidents de la dent de sagesse inférieure. Ainsi les cellulites hyperseptiques du type angine de Ludwig, dont l'évolution amène rapidement la mort, avec tous les symptômes d'une septicémie foudroyante sont exceptionnelles. L'infection n'aboutit généralement qu'à l'apparition d'une *cellulite séreuse*, comme on en voit succéder si souvent à l'arthrite alvéolo-dentaire. Plus rarement on voit de véritables *fluxions à répétition*. L'infection, étant très atténuée, ne se manifeste qu'aux moments de défaillance des moyens de défense de l'organisme. On observe alors un œdème, plus ou moins marqué, qui disparaît au bout de quelques jours, pour réapparaître à plus ou moins longue échéance. Nous avons ainsi vu une malade chez laquelle l'apparition de la fluxion coïncidait avec les périodes menstruelles.

B. *Complications à distance.*

La propagation de l'infection par la *voie lymphatique* est fréquente. On peut observer des lymphangites ou des péri-lymphangites consécutives à une péri-coronarite. Mais, le plus souvent, l'infection gagne d'emblée les ganglions. Les ganglions sous-maxillaires sont les plus fréquemment intéressés. On rencontre des adénites sim-

ples, des adénites accompagnées de péri-adénites ou même des adéno-phlegmons.

Il est exceptionnel mais non impossible, que l'infection emprunte la voie veineuse. Elle pourrait ainsi gagner d'abord le plexus ptérygoïdien, et de là en se propageant déterminer secondairement une trombo-phlébite du sinus caverneux.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dent de sagesse incluse est rarement posé à première vue à l'occasion d'un accident dont elle est en réalité la cause. Il est, en effet, des cas où ces accidents déroutent le médecin par la grande variété des signes qui les accompagnent. D'autres fois, le problème est plus simple, mais le praticien ne pense pas à la possibilité de cette étiologie.

Le but que nous nous proposons dans ce chapitre est d'attirer l'attention sur les principaux signes qui doivent nous faire rechercher une dent de sagesse supérieure incluse, et de signaler quelques faits, permettant d'éliminer les affections de la région qui peuvent présenter des symptômes similaires.

Ainsi *la mobilisation* et surtout *le déplacement* des dents, en absence de toute autre cause plausible, nous feront penser à l'existence possible d'une dent de sagesse supérieure en rétention.

En présence *d'une tumeur arrondie*, repoussant la muqueuse, dont la partie centrale est dépressible (crépi-

tation parcheminée) et qui occupe la région de la tubérosité, il faut songer à deux affections : le sarcome et les kystes d'origine dentaire. La ponction exploratrice nous donne la clef du diagnostic. Si elle ramène un liquide jaune citron ou jaune brun, il s'agit d'un kyste. La question se pose alors de savoir si l'on est en présence d'un kyste dentifère, contenant la dent de sagesse, ou au contraire, d'un kyste paradentaire. L'examen clinique et surtout la radiographie vont nous permettre de nous prononcer : le kyste paradentaire ne contient pas de couronne dentaire. De plus il est la conséquence d'une infection atténuée ancienne en rapport avec l'apex d'une dent ayant fait une éruption normale.

Une névralgie est le plus souvent due à une pulpite chronique. Il faudra donc procéder à un examen minutieux de la denture : après avoir exploré toutes les faces des dents à l'aide d'une sonde fine, on étudiera avec soin leur sensibilité à la percussion. On recherchera ensuite la réaction des pulpes dentaires au froid en appliquant successivement sur toutes les dents un tampon imprégné de chlorure d'éthyle. Si l'on ne trouve pas de pulpite, on pensera enfin à la possibilité d'une sinusite maxillaire. Si d'une part, l'examen de cette cavité n'éclaire pas le diagnostic, et si d'autre part, on ne trouve aucune autre cause expliquant les douleurs, il faudra se garder de diagnostiquer trop rapidement une névralgie essentielle, et vérifier si ces troubles ne sont pas déterminés par la présence d'une dent de sagesse incluse.

En cas de *trismus*, on éliminera d'abord la constriction des mâchoires d'origine tétanique. L'absence de fièvre et

d'autres contractures, ainsi que l'inexistence d'une blessure qui aurait pu être souillée par de la terre constitueront un critère suffisant pour permettre cette élimination. Reste le trismus de cause locale. Les contractions dues à une arthrite temporo-maxillaire, à une parotidite, à un phlegmon de la joue ou de l'amygdale, à un accident de la dent de sagesse inférieure, ainsi que le trismus d'origine cicatricielle, s'accompagnent d'autres signes qui ne laissent subsister aucun doute sur leur étiologie. Seul, le trismus nerveux peut se trouver quelquefois déterminé par une dent de sagesse incluse.

Quant aux autres troubles, dits réflexes, leur interprétation est très difficile, et il ne faudra songer à incriminer une cause dentaire, qu'après avoir éliminé toutes les autres.

La question semble plus simple dans le cas d'une *fistule de la tubérosité*. On écarte facilement le diagnostic de fistule due à la présence d'une racine anciennement fracturée. Les fistules d'origine sinusale sont généralement situées dans une région plus antérieure que les fistules causées par les dents de sagesse incluses. De plus, si l'on vient à effectuer une injection dans le trajet d'une fistule sinusale, le liquide injecté ressortira par le nez, ce qui ne se produit pas avec les fistules d'origine différente. Les ostéites tuberculeuses ou syphilitiques de la tubérosité sont exceptionnelles. Il ne reste donc que la possibilité d'une dent de sagesse incluse. L'exploration au stylet du trajet de la fistule suffit souvent pour permettre d'affirmer le diagnostic.

Parfois, un bourgeonnement anormal des bords de

l'orifice externe de la fistule pourrait faire penser à l'évolution d'une tumeur maligne. Mais si l'on examine ces bourgeons d'un peu plus près on peut constater qu'ils sont plus mous, moins friablès et qu'ils ne saignent pas aussi facilement que ceux d'une tumeur maligne. S'il subsiste encore un doute on peut pratiquer une biopsie. Celle-ci nous permettra, si elle est négative, d'éliminer avec certitude l'hypothèse du cancer. Après avoir écarté le diagnostic du cancer, on repèrera, souvent avec une grande facilité, l'orifice externe de la fistule. Le cathétérisme du trajet fistuleux et surtout la radiographie en montrant la dent incluse permettront enfin de poser le diagnostic exact.

En cas de *stomatite*, on procèdera encore par élimination. On écartera d'abord, et facilement, la plus fréquente de toutes, la stomatite tartrique : elle est caractérisée par la présence de gros blocs de tartre dentaire et surtout par la guérison rapide, qui suit de près un nettoyage minutieux de la bouche : deux caractères que nous ne trouvons pas dans le cas qui nous occupe. L'absence de la possibilité de l'intoxication par le mercure, par le bismuth ou par le plomb, accidentelle ou thérapeutique, nous fait écarter les stomatites toxiques. Et la stomatite — accident de l'évolution de la dent de sagesse inférieure — a des signes trop nets pour pouvoir être confondue avec celle qui doit son origine à la présence d'une dent de sagesse supérieure incluse.

Si l'on constate *une adénite* sous-maxillaire chronique ou une adénite faciale, dont l'origine n'est pas évidente, il faudra se souvenir que ces manifestations morbides

peuvent être liées à l'existence d'une dent de sagesse retenue.

En résumé : le diagnostic de ces accidents est presque toujours difficile. L'absence de la dent de sagesse sur l'arcade alvéolaire est un signe de présomption, mais il faut compter chez l'adulte et, à plus forte raison chez le vieillard, sur les difficultés provenant des extractions parfois nombreuses qui peuvent avoir été pratiquées antérieurement. Dans ces conditions, il faut approfondir l'examen. La palpation et, s'il y a lieu, l'exploration au stylet des fistules, donneront souvent des renseignements utiles. En dernière analyse, c'est la *radiographie* qui, seule, permet de voir la dent incluse et, par conséquent, d'affirmer le diagnostic avec certitude.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le seul traitement efficace des accidents par rétention de la dent de sagesse supérieure est l'avulsion chirurgicale de cette dent. Les bains de bouche, les cautérisations antiseptiques ainsi que les autres petits soins que l'on a proposés, ne donnent pas de résultat durable.

EXTRACTION CHIRURGICALE DE LA DENT DE SAGESSE INCLUDE

Cette intervention est généralement simple et ne présente, exécutée par un opérateur habile et attentif, aucun danger. Il est impossible de décrire une technique s'appliquant absolument à tous les cas. En effet, si la dent se trouve en ectopie, la voie d'abord, ainsi que les différentes phases de l'opération échappent à toute règle : il faudra avant l'intervention se fixer le procédé opératoire à suivre adapté au cas particulier.

Mais, dans la majorité des cas, la dent occupe presque

son emplacement normal ; l'opération à choisir est alors l'extraction de la dent suivant la méthode qui a été préconisée par Berger¹. Nous nous bornerons donc à décrire la technique de Berger en y ajoutant quelques détails qui nous semblent intéressants.

*Technique de Berger pour l'extraction
de la dent de sagesse incluse.*

Anesthésie.

Une bonne anesthésie locale obtenue par injection d'une solution de novocaïne à 2 % additionnée d'adrénaline, est suffisante. Il est exceptionnel que l'on soit obligé de recourir à l'anesthésie générale.

Incision de la muqueuse.

On pratique deux incisions, perpendiculaires l'une à l'autre en forme de T. (Voy. fig. 1). La première, frontale,

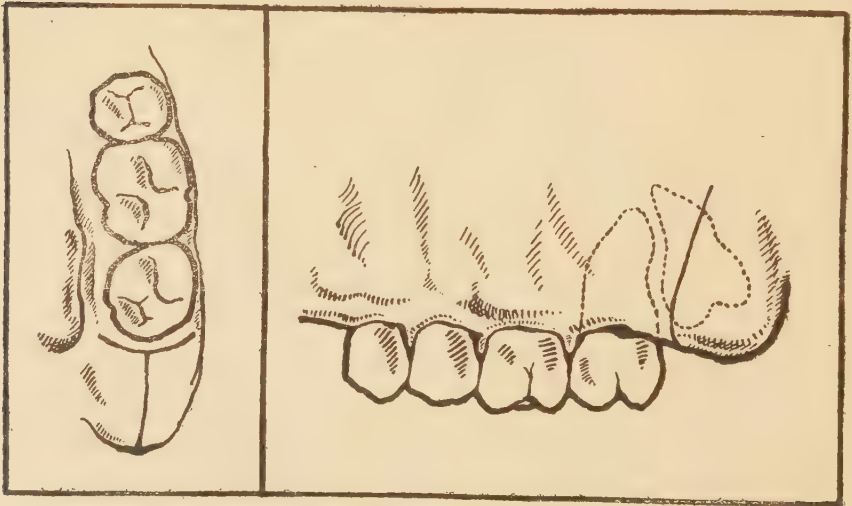


Fig. I

1. BERGER. « Technique for removal of impacted upper third molars », *Dental Items of Interest*, New-York, avril 1923.

sera tangente au bord postérieur de la seconde molaire. Elle partira en dehors d'un point un peu antérieur à celui où se trouverait situé l'apex d'une dent de sagesse normalement évoluée. Elle s'arrêtera en dedans un peu au-dessous de ce même point, de façon à éviter l'artère palatine. *La deuxième incision* sagittale, partant du milieu de la première aura 10 à 15 millimètres de longueur. Après décollement et rugination des parties molles, on récline les deux lambeaux triangulaires ainsi obtenus. L'os correspondant à la dent incluse est, de ce fait, mis à nu.

Trépanation de la paroi osseuse.

Pour enlever tout l'os, qui forme la coque recouvrant la couronne de la dent incluse, on peut utiliser trois instrumentations différentes :

- Les gouges maniées à la main,
- Les gouges frappées au maillet,
- Les fraises mues au tour dentaire.

Nous ne sommes pas partisans de la première qui nécessite un outillage trop complexe ; la seconde nous semble également à rejeter en raison de la brutalité de son action.

Restent les fraises. C'est l'instrumentation de choix. Leur emploi permet, en effet, de travailler d'une façon précise, rapide et excluant toute brusquerie.

La couronne de la dent incluse étant entièrement dégagée, on procède à son avulsion.

Avulsion.

On saisit la couronne à l'aide d'un davier à dents de sagesse supérieures. Quelques mouvements faits alter-

nativement dans le sens linguo-vestibulaire, puis dans le sens vestibulo-lingual suffisent pour la luxer. On termine alors rapidement l'extraction en dégageant la dent en bas et en dehors.

Quelquefois l'élévateur droit remplace avantageusement le davier.

Quel que soit l'instrument employé pour l'exécution de ce temps opératoire, il faudra toujours agir avec douceur et beaucoup de précautions pour éviter, dans la mesure du possible, les accidents que nous allons envisager.

ACCIDENTS DE L'EXTRACTION

a) *Ouverture du sinus maxillaire* : Cette intervention entraîne dans certains cas, d'ailleurs peu fréquents, l'ouverture accidentelle du sinus. Cet incident ne présente aucune gravité, n'exige pas de traitement et guérit spontanément en quelques jours.

b) *Refoulement de la dent dans le sinus* : C'est un accident grave mais qui, heureusement, peut presque toujours être évité. Pour cette raison, il faut à tout prix s'abstenir au cours de l'extraction, d'exercer sur la dent, une pression de bas en haut. Cependant, en cas d'accident, il faut intervenir tout de suite pour parer à une sinusite possible : on ouvre largement le sinus en l'attaquant au niveau de la fosse canine, on cueille la dent et on suture la plaie.

c) *Fracture de la tubérosité* : Cette fracture est presque fatale dans certaines conditions. Ainsi, quand le

sinus est volumineux, il envahit la presque totalité de la tubérosité. Dans ce cas, celle-ci n'est rattachée au reste du maxillaire que par de minces lamelles osseuses. Ces dernières très fragiles, ont une résistance beaucoup trop faible pour ne pas céder au moindre effort. Une raréfaction de l'os due à une ostéite chronique peut, elle aussi, rendre cet accident inévitable.

En cas de production de cette fracture, qui ne présente aucune gravité en elle-même, le praticien se bornera à parer aux complications éventuelles. Celles-ci, quoique rares, doivent être bien connues, afin d'être plus facilement combattues : s'il y a *hémorragie*, par rupture de l'artère alvéolaire, ou par lésion d'une des nombreuses veinules de la région, un bon tamponnement de la plaie l'arrêtera rapidement. Pour diminuer les chances d'une infection du sinus, qui pourrait se faire grâce à la large communication bucco-sinusale, on recommandera au malade une antiseptie rigoureuse de la bouche.

Soins post-opératoires,

Ils sont simples. On nettoie d'abord soigneusement la plaie : on enlève toutes les esquilles osseuses ainsi que toutes les fongosités et on supprime les irrégularités du bord alvéolaire. Ensuite, on peut, pour faciliter la cicatrisation rapprocher et suturer les lambeaux gingivaux ; mais cette mesure nous semble presque superflue en raison de l'extrême rapidité de la guérison.

Il faut naturellement prescrire au malade des bains de bouche prolongés et fréquents jusqu'à la cicatrisation complète.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° I

*Extraction d'une deuxième molaire, rendue difficile
par la présence insoupçonnée d'une dent de sagesse
incluse soudée à la dent de douze ans.*

J.B., âgé de 42 ans, vient au mois de novembre 1930, à l'École de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris, pour se faire confectionner un appareil de prothèse.

Comme il a une denture en mauvais état, on décide, avant de l'appareiller, de lui faire subir un traitement préparatoire : obturation des dents cariées qui sont susceptibles d'être traitées, extraction de celles qui ne le sont pas.

C'est dans ces conditions que l'on fut amené à tenter l'avulsion de la dent de douze ans supérieure droite profondément cariée. Quelques mouvements de latéralité luxèrent la dent, mais tous les efforts pour la dégager restèrent vains.

Nous pensions qu'il s'agissait d'une dent barrée. En effet, la convergence de ses racines, ou une lésion d'hypercémentose ayant abouti à la formation d'un renflement en massue au niveau d'un des apex, peut s'opposer à la sortie de la dent de son alvéole. Un effort excessif pourrait dans ce cas amener soit une fracture de la racine, soit une fracture du procès alvéolaire. Nous avons préféré, avant de continuer l'intervention, faire prendre une radiographie, pour nous renseigner sur la nature de l'obstacle. Celle-ci montra, à notre étonnement, à côté de la deuxième molaire une dent de sagesse incluse. Les deux dents semblaient en contact si intime, que nous pensâmes immédiatement qu'elles étaient soudées. L'exploration à la sonde, qui ne montrait aucune solution de continuité nette entre les deux dents, semblait confirmer cette hypothèse.

Pour terminer l'avulsion de la dent de douze ans, il fallait donc extraire à la fois les deux dents soudées.

Intervention. Après avoir pratiqué une incision en forme de T, on rugina les parties molles pour mettre l'os à nu. Alors la fraise acheva rapidement le travail de dégagement de la dent de sagesse. Lorsque tout l'os, qui s'opposait à l'avulsion des deux dents fut enlevé, on termina facilement l'opération à l'aide d'un élévateur droit.

Examen de la pièce : La couronne de la dent de douze ans (voy. fig. 2) est presque entièrement détruite. La face externe des racines vestibulaires est solidement unie à la dent de sagesse. Celle-ci est assez petite. La couronne est soudée par la totalité de sa face mésiale à la face ves-

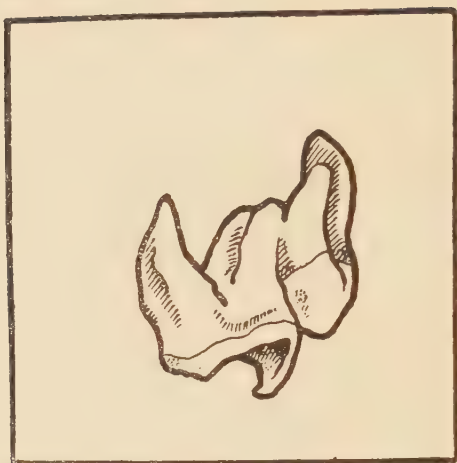


Fig. II

tibulaire des racines de la deuxième molaire. Les racines de la dent de sagesse s'unissent par leurs deux tiers inférieurs à celles de la dent douze ans, leur tiers supérieur est libre.

Les suites opératoires furent normales. La cicatrisation de la plaie, se fit rapidement, et deux mois après on put entreprendre la confection d'un appareil de prothèse.

OBS. n° II.

Kyste dentifère

(Observation du Dr TELLIER in Thèse de Gignoux).

M^{me} X..., âgée de 35 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires dignes d'être notés, est vue par nous en

août 1904. Elle présente une tuméfaction de la face du côté droit dont le début remonte à deux ou trois ans, nous dit-elle. Elle a remarqué son apparition quelques mois après des accidents inflammatoires aigus qui ont nécessité l'extraction de plusieurs dents et racines de la mâchoire supérieure droite, sans qu'il lui soit possible d'en spécifier le nombre.

A l'examen, on constate une déformation notable de la région maxillaire supérieure occupée par une tumeur rénitente ; à ce niveau, la peau est un peu rouge, luisante, mais ne paraît pas amincie. En soulevant la lèvre, on voit une saillie volumineuse dans la région vestibulaire ; en la déprimant, on a immédiatement la sensation de crépitation parcheminée, au niveau et en arrière d'une molaire unique qui paraît être la deuxième. La première molaire, les deux prémolaires et la canine supérieure droite ont été extraites au moment où se sont produits les symptômes de périodontite suppurée, mentionnée plus haut. Il est impossible de savoir si la dent de sagesse a existé et a dû être extraite ou bien a toujours été absente. Rien de particulier sur le reste de la denture, la troisième molaire supérieure gauche existe.

L'histoire de l'affection est donc bien simple : existence de dents cariées, périodontite suppurée, guérison, puis quelques mois après, apparition dans la région voisine d'une tuméfaction à croissance lente et continue depuis deux ou trois ans. Les caractères de cette tuméfaction et l'existence de la crépitation parcheminée ne laissent aucun doute sur la nature de cette affection :

il s'agit d'un kyste. Étant donné l'âge de la malade, l'impossibilité de savoir quelles dents ont été extraites et si, en particulier, la dent de sagesse a existé, le siège au maxillaire supérieur, il est probable qu'il s'agit d'une forme de kyste paradentaire. Nous conseillons l'intervention immédiate. Le malade refuse et nous ne la voyons que sept mois après (février 1905). Le volume de la tuméfaction a légèrement augmenté ; dans la région vestibulaire, on perçoit assez mal la crépitation parcheminée, mais la muqueuse est tendue ; fluctuation nette, et dans la région postérieure, en arrière de la deuxième molaire, on sent également avec beaucoup de netteté l'existence d'un rebord osseux circonscrivant un orifice dépressible. La malade accepte actuellement l'opération qui est faite le lendemain. Pas d'anesthésie générale qui est refusée.

Opération. Incision au niveau du point le plus saillant, mesurant environ cinq centimètres et parallèle au bord libre de l'arcade ; écoulement immédiat de liquide jaune brunâtre contenant quelques petits grumeaux caséeux. Le doigt pénètre dans l'orifice limité par un rebord osseux très mince ; cet orifice a environ 3 centimètres de largeur et 1 cm. 1/2 de hauteur ; on l'agrandit un peu par résection du bord osseux aux ciseaux courbes, après avoir détaché la muqueuse avec un détache-tendon. On explore la cavité et sur le plancher, on sent en avant que les racines de la deuxième molaire sont couvertes par une cloison osseuse, et en arrière un corps dur qui donne immédiatement la sensation d'une couronne dentaire,

saillant au-dessus de ce plancher, la face triturante regardant directement en haut. Cette couronne est saisie sans difficultés bien grandes avec un davier-baïonnette, et quelques tractions légères permettent de la mobiliser et de l'amener en dehors. On constate qu'une portion de la paroi kystique est adhérente à la dent et avec le doigt introduit dans la cavité, on essaye de décoller aussi haut qu'on le peut. Quand le tout est au dehors, on voit que la dissection a pu être faite sur une hauteur variable dans les différentes directions. Des curettes bien tranchantes et de courbures diverses sont ensuite introduites dans la cavité qui remonte jusque sous le rebord orbitaire, et les parois sont raclées jusqu'à ce qu'on ait partout la sensation de l'os nu. Elle ne communique pas avec le sinus maxillaire.

Les suites opératoires ont été très simples et la guérison rapide.

Examen macroscopique : la dent extraite est une multicuspidée. La couronne qui faisait saillie dans la cavité kystique, la face triturante directement en haut est recouverte par de l'émail absolument normal. Trois cuspidés sont de dimension et de forme normales ; une quatrième est plus petite. La racine est courte, en forme de bonnet phrygien, portant deux sillons parallèles au grand axe, comme cela s'observe sur les dents multiradiculaires dont les racines sont soudées entre elles. En résumé, forme et dimension d'une troisième molaire arrivée à son complet développement.

Le fragment de la poche enlevé avec la dent mesure environ 8 cm. sur 2 à 3 cm. de largeur, dont la moitié correspondant vraisemblablement à la partie postérieure de la tumeur. En avant, il n'a qu'un centimètre de hauteur environ ; mais la paroi kystique existe et s'insère fortement sur tout le pourtour et l'insertion suit la ligne du collet, en tous ses points. La membrane elle-même est un peu épaisse, mais résistante ; sa face interne est lisse, la face externe, sans être rugueuse, paraît présenter un aspect vaguement fibrillaire.

OBS. n° III

Néuralgie localisée dans la région des molaires supérieures.

M. N..., âgé de 38 ans, vient consulter en mai 1930, pour douleurs dans la région des molaires supérieures droites.

Le début de ces troubles, survenus sans aucune cause apparente, remonte déjà à plusieurs semaines. Les douleurs ne sont ni continues ni très intenses. Elles sont spontanées, localisées dans la partie postérieure du bord alvéolaire et aussi bien diurnes que nocturnes.

L'examen externe ne révèle aucune anomalie. A l'examen buccal on trouve les gencives normales. Les prémolaires supérieures droites sont saines. D. 6 est couronnée, D. 7 présente une petite obturation au ni-

veau de sa face triturante, mais aucune de ces deux dents n'est atteinte de lésion en évolution susceptible de déterminer ces douleurs.

Au niveau des molaires inférieures droites nous ne trouvons également aucune carie, aucune lésion de pulpite ou d'arthrite alvéolo-dentaire expliquant ces névralgies.

Ce fut alors l'absence de la troisième molaire supérieure qui attira notre attention. Interrogé, le malade nous dit qu'on ne lui a jamais fait d'extraction dans cette région. La localisation des douleurs, le manque de toute lésion dentaire en évolution, ainsi que l'absence de la dent de sagesse sur l'arcade alvéolaire nous ont fait penser à la présence d'une dent de sagesse incluse, qui serait à l'origine de ces douleurs. La radiographie (voy. fig. 3), confirma cette hypothèse. Elle montra, en effet, une dent de sagesse incluse.

L'extraction pratiquée d'après la méthode de Berger, fut rapidement suivie d'une disparition complète de ces douleurs, et la cicatrisation de la plaie se fit dans un délai normal. Il semble donc bien qu'il s'agissait ici d'une névralgie déterminée par une dent de sagesse incluse.

OBS. n° IV.

Névralgie s'irradiant à toute une hémiface.

M^{me} R..., âgée de 36 ans se présente le 10 mars 1928 au dispensaire de l'École de Chirurgie Dentaire et de Sto-

matologie. Souffrant de douleurs localisées dans l'hémi-face droite, elle vient, nous dit-elle, envoyée par le Dr. M...

D'après les renseignements fournis par le Dr M..., nous apprenons qu'il a pu constater des traces d'une intervention sur le sinus maxillaire droit, mais qu'actuellement il ne trouve aucune lésion de cette cavité qui pourrait déterminer ces douleurs. Il se demande si une affection dentaire n'est pas à l'origine de cette névralgie.

Interrogée, la malade nous apprend, en effet, qu'elle a un long passé sinusal.

Au cours de l'hiver 1920-21, à la suite d'un coryza, elle aurait eu une sinusite maxillaire droite. Elle consulta à cette époque un spécialiste qui lui ordonna des inhalations. A la suite de ce traitement, tout rentra dans l'ordre.

Quelques mois après, la malade a eu une nouvelle atteinte de sinus ; cette fois-ci plus grave. Malgré un traitement précoce et prolongé, la sinusite devint chronique. Les inhalations et de nombreux lavages n'ayant amené aucune amélioration on a eu recours, en décembre 1921, à une intervention chirurgicale sur le sinus maxillaire droit. Celle-ci fut rapidement suivie d'une guérison complète et la malade affirme ne pas avoir souffert depuis cette époque.

Il y a un mois environ, notre patiente a ressenti quelques vagues douleurs au niveau de ses dents supérieures droites. Depuis ces accès douloureux, d'abord rares, devinrent de plus en plus fréquents. Il y a deux jours,



Fig. III

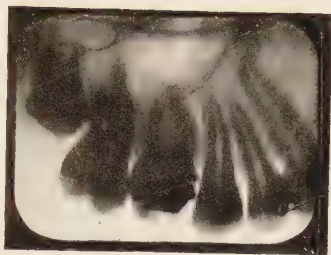


Fig. IV

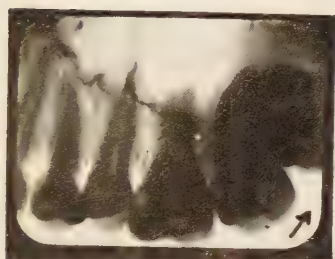


Fig. V

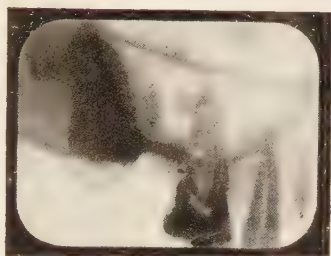


Fig. VI

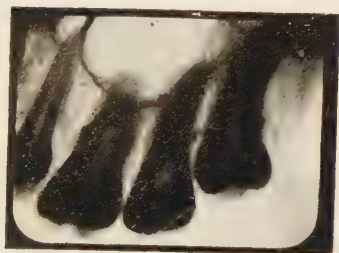


Fig. VII

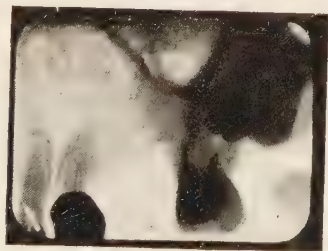


Fig. VIII

ces douleurs sont devenues en tous points comparables à celles dont elle souffrait au moment de sa sinusite. Pensant qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte du sinus maxillaire, la malade consulta le Dr M..., oto-rhino-laryngologiste. Celui-ci, ne trouvant aucune lésion sinusale, nous l'adresse.

Actuellement (le 10 mars) ces douleurs sont presque continues. Elles ont leur maximum d'intensité dans la région de l'hémi-maxillaire supérieur droit, avec des irradiations vers la région sous-orbitaire, vers la branche montante du maxillaire inférieur et vers l'oreille.

A l'examen externe, on ne voit aucune tuméfaction et les téguments ont un aspect normal. La palpation révèle une sensibilité à la pression au point d'émergence du nerf sous-orbitaire droit. A l'examen buccal, on trouve une muqueuse saine. On ne constate aucune lésion au niveau de D 4 et de D 5. D 6 est obturée, mais ne présentant aucune sensibilité anormale ni aux variations thermiques ni à la percussion, n'est certainement pas la cause de ces douleurs. D 7 est saine D 8 est absente. La malade affirme qu'on ne lui a jamais pratiqué d'extraction dentaire dans cette région. Ce dernier fait, ajouté à l'absence de toute autre lésion, aussi bien dentaire que sinusale, nous fait penser à l'existence possible d'une dent de sagesse incluse déterminant ces accidents.

Les rapports intimes, qui peuvent exister entre une dent de sagesse supérieure en rétention et le plexus dentaire, expliqueraient facilement la ressemblance entre les

troubles actuels et les douleurs éprouvées au cours de l'affection du sinus.

Nous entreprîmes donc des recherches dans ce sens. Une radiographie (voy. fig. 4). Nous prouva que nous étions sur la bonne voie. Elle montre derrière la deuxième molaire supérieure et à peu près à la hauteur de ses racines une petite dent incluse.

L'avulsion chirurgicale de la dent retenue fut pratiquée le 12 mars sous anesthésie locale. La malade revue le 25 avril nous dit que les douleurs ont diminué progressivement d'intensité et qu'elles ont disparu complètement depuis un mois environ

OBS. n° V.

Fistule de la tubérosité

M. R..., âgé de 31 ans, vient en août 1931 au dispensaire de l'École de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie pour se faire soigner les dents. Il souffre, dit-il, depuis 24 heures d'une dent supérieure gauche.

A l'examen, on découvre une carie de la face distale de la première prémolaire supérieure gauche, carie ayant engendré une pulpite aigue. Pour soulager le malade on pratique après avoir fait une bonne anesthésie périapicale, une pulpectomie immédiate.

Quelques jours après cette petite intervention, nous aperçûmes, en poursuivant les soins, l'orifice d'une fistule de la tubérosité maxillaire.

Petit, à peine perceptible, situé derrière la dent de douze ans, cet orifice occupa le centre de la partie rétro-molaire de la crête alvéolaire. La dent de sagesse, qui devrait normalement occuper cette partie de la crête alvéolaire, n'est pas visible. Une légère pression fait sourdre une gouttelette de pus et provoque une douleur assez vive.

Une sonde introduite dans le trajet fistuleux rencontre un corps dur dont le contact donne un son sec.

Lorsque nous l'interrogeons, le malade nous apprend qu'il a eu quelques vagues douleurs de ce côté, mais comme elles n'étaient pas intenses, et comme elles ont complètement disparu depuis quelque temps déjà il n'a jamais eu l'idée de consulter.

L'absence de la dent de sagesse sur l'arcade, la situation de la fistule, le renseignement obtenu par la sonde exploratrice, ainsi que l'histoire clinique nous font émettre l'hypothèse d'une péricoronarite fistulisée, consécutive à l'infection de la cavité péricoronaire d'une dent de sagesse retenue.

Pour vérifier cette hypothèse, il fallait prendre une radiographie. Celle-ci confirme entièrement notre supposition en montrant une dent de sagesse à l'intérieur du maxillaire (voy. fig. 5).

Nous conseillâmes au malade de faire extraire la dent incluse pour prévenir des accidents plus graves, mais comme il ne souffrait pas, il n'accepta pas l'opération.

OBS. n° VI.

*Péricoronarite de la dent de sagesse incluse,
consécutive à l'extraction de la deuxième molaire*

M. G..., âgé de 36 ans, se présente le 9 mai 1931 à la consultation de l'École de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie pour des douleurs dentaires siégeant dans la région des molaires supérieures droites.

Il eut, nous dit-il, il y a environ deux mois, une fluxion dentaire du même côté qui le fit beaucoup souffrir. Le dentiste, consulté à cette époque, décida d'extraire la deuxième molaire supérieure droite qui fortement cariée et douloureuse au moindre contact, était évidemment la cause du mal. Après plusieurs tentatives il réussit à enlever la plus grande partie de la dent. Il renvoie le malade en lui ordonnant des bains de bouche.

Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction jugale a rapidement rétrocedé, mais les douleurs ont persisté bien qu'ayant diminué d'intensité.

On procède à l'examen du malade. Il ne présente pas de lésion visible à l'extérieur. Il ouvre normalement la bouche, et il a une dentition en bon état. Nous examinons immédiatement la région incriminée et nous apercevons, à l'endroit précis qui devrait être occupé par la dent de douze ans, un petit orifice fistuleux. Son exploration à l'aide d'une sonde décèle la présence au fond de l'alvéole de débris de la dent, qui n'a pu être extraite complètement. Nous notons en passant l'absence de la dent de sagesse supérieure du même côté.

Pour préciser le diagnostic, on pratique une radiographie qui montre effectivement deux apex entourés d'une zone d'ostéite raréfiante (voy. fig. 6). On y voit, en outre, une dent de sagesse incluse.

Les antécédents, la radiographie et la présence de l'orifice fistuleux sont autant d'indications incitant à pratiquer l'avulsion des débris radiculaires. Cette opération est effectuée immédiatement sans aucun incident. On ne touche pas à la dent de sagesse incluse qui paraissait complètement étrangère aux accidents que présentait notre malade.

Celui-ci, revu huit jours après, nous dit que les douleurs n'ont pas rétrocedé. La cicatrisation n'est d'ailleurs pas complète : il persiste un petit orifice fistuleux. La pression digitale, nettement douloureuse à ce niveau, fait sourdre une gouttelette de pus. Une sonde introduite par l'orifice fistuleux rencontre la dent retenue.

Il s'agit donc manifestement d'une péricoronarite suppurée, consécutive à l'ouverture accidentelle du sac péricoronaire au cours de l'extraction de la deuxième molaire.

On fait l'avulsion de cette dent de sagesse, et le malade est rapidement et complètement guéri.

OBS. n° VII.

*Bourgeons inflammatoires simulant l'évolution
d'une tumeur maligne*

(Observation publiée par les Drs CHOMPRET et DECHAUME
in *Revue de Stomatologie*, novembre 1928)

Mme F... vient consulter le Dr CHOMPRET le 10 juin, amenée par son dentiste, M. N... et par son mari, docteur en médecine, pour une tuméfaction bourgeonnante de la partie la plus reculée de la crête alvéolaire supérieure droite.

M. N... qui soigne cette dame depuis plus de vingt ans, nous dit lui avoir cueilli successivement toutes les molaires et les prémolaires atteintes de pyorrhées alvéolo-dentaires.

Il y a un an environ, il remarqua dans la région de la tubérosité supérieure droite, un bourgeon molaire recouvrant l'ouverture d'une fistule : une gouttelette de pus sourdait en cette région sous l'influence d'une pression profonde. Une sonde, conduite dans la fistule, donnait la sensation de rencontrer un corps dur. M. N... pensa à un corps étranger, nous dit-il, racine ou sequestre.

Une radiographie confirma le diagnostic et montra la présence d'une sorte de dent incluse, très haut placée au-dessus de la région alvéolaire.

Sans traitement, la malade crut voir disparaître la fistule et le bourgeonnement, quand, il y a deux mois,

prise de névralgies dans le maxillaire supérieur droit elle s'inquiéta à nouveau de sa bouche, où elle sentait, quelque chose d'anormal, et vint trouver son dentiste, accompagnée de son mari.

M. N... constata à ce moment que toute la surface de la tubérosité était recouverte de bourgeons charnus laissant écouler un liquide sanieux, purulent : il ne douta point un seul instant, nous dit-il, qu'il fût simplement en présence d'une complication infectieuse consécutive à la rétention intra-osseuse sous-jacente d'une dent.

Le mari de la patiente, le Dr F..., était moins rassuré et, pensant à un néoplasme du maxillaire, il fut décidé que la malade serait amenée au Dr CHOMPRET.

C'est ainsi qu'il vit arriver dans son cabinet Mme F..., femme de cinquante-cinq ans environ, d'apparence solide, ne souffrant plus de sa bouche depuis quarante-huit heures, mais anxieuse de savoir ce qu'elle avait d'irrégulier sur sa muqueuse buccale. Son visage n'était aucunement déformé, les téguments souples et normalement colorés, pas d'adénite, pas de trismus ; la patiente portait deux appareils de prothèse remplaçant les petites et grosses molaires, qui ont dû être progressivement extraites par M. N... pour complications d'alvéolyse ou polyarthrite alvéolo-dentaire. Les dents actuellement en bouche sont toutes décolletées plus ou moins.

La vue se porte de suite vers l'arrière-bouche, dans la région de la tubérosité à droite où, sur un rayon de deux centimètres environ, se trouve une masse compacte de sept à huit bourgeons rose violacé, mous, ne saignant pas, tranchant et débordant en hauteur sur la muqueuse

palatojugale voisine absolument saine. Pas de leucoplasie.

Rien ne sourd en comprimant cette sorte de grappe de groseilles implantée sur la muqueuse buccale ; mais écartant avec un stylet mousse le centre de la masse bourgeonnante on pénètre dans un orifice dissimulé et qui conduit à un centimètre de profondeur, sur un corps dur, lisse, qui ne peut être qu'une dent ou un odontome inclus dans le maxillaire.

En somme, kyste péricoronaire infecté ou péricoronaire suppurée développée au pourtour de la couronne d'une dent de sagesse non évoluée ayant chroniquement enflammé, irrité la muqueuse alvéolaire susjacente et provoqué la formation de bourgeons charnus.

L'infection du sac péricoronaire est-elle due à l'infection de la deuxième grosse molaire voisine ou à l'infection de l'articulation alvéolo-dentaire de cette molaire pyorrhéique ? Ou encore, ce sac péricoronaire a-t-il été lésé et ouvert à l'infection buccale par le traumatisme de l'extraction de la dent voisine ? Quel rôle a joué le port de l'appareil prothétique ? Il est très difficile de se prononcer. Mais il semble certain que l'infection responsable de l'affection en présence de laquelle on se trouve est bien exogène et venue de la cavité buccale.

En l'absence d'adénite, de saignement de la tumeur, de leucoplasie concomitante de modification de l'état général, nous éloignons de suite le diagnostic de tumeur maligne tant redouté par notre confrère, mari de la patiente.

L'examen des radiographies que nous apporte M. N... nous confirme dans notre opinion.

Huit jours plus tard, sous anesthésie locale, aidé du Dr PONROY et du dentiste de la famille, en présence du mari, le Dr CHOMPRET opère la malade.

Large incision circulaire au bistouri, enlèvement dans un seul temps de toute la muqueuse bourgeonnante à la limite de la muqueuse saine. Un simple tamponnement à l'eau oxygénée permet d'apercevoir, dans le fond de la plaie, le corps étranger : une dent dont la couronne, sur les deux tiers de sa surface, est hors du maxillaire, adossée, implantée dans une cavité osseuse aux parois lisses. Cette dilatation osseuse ampullaire au delà du collet de la dent indique bien la formation progressive et les effets du kyste coronaire qui, secondairement s'est infecté entraînant la destruction de la paroi osseuse superficielle et le bourgeonnement de la fibro-muqueuse.

Le syndesmotome droit, puis coudé, permet alors de pénétrer dans l'os, au-dessous des insertions du sac péricoronaire, dans ce qui devrait être l'articulation alvéolo-dentaire, si nous avions à faire à un cas normal. Une rugine droite de Veau plus forte que le syndesmotome, passe ensuite dans la brèche pratiquée par ce dernier et énuclée la dent à la manière d'un élévateur droit.

Cette dent atrophique, aux racines soudées, présente une large et profonde carie latéro-triturante.

Les suites opératoires ont été extrêmement simples.

OBS. n° VIII

Ulcération simulant l'évolution d'une tumeur maligne

(Observation publiée par les Drs CHOMPRET et DECHAUME
in *Revue de Stomatologie*, novembre 1928)

M... François nous est adressé, le 23 juin, par son médecin, pour une tumeur maligne du maxillaire supérieur.

L'interrogatoire est difficile chez ce paysan breton qui n'a jamais prêté grande attention à son mal. Sa fille doit nous servir d'interprète.

L'affection aurait débuté, il y a deux ans environ, par une sensation de lourdeur au niveau de la joue droite, avec légères douleurs à l'ouverture de la bouche, pendant la mastication, au chaud et au froid. A cette époque, et pour ces symptômes, son médecin lui avait pratiqué onze extractions :

Au maxillaire inférieur : trois molaires gauches, deux molaires droites, trois incisives.

Au maxillaire supérieur : deux molaires gauches, une molaire droite.

Pendant cette période (nous n'avons pu mieux faire préciser) le médecin aurait constaté, au niveau du maxillaire supérieur droit, dans la région vestibulaire, en regard des alvéoles des molaires, une ulcération et une tuméfaction anormales, pour lesquelles il conseilla des lavages antiseptiques. Le malade ne s'en inquiéta pas davantage.

On lui a cependant extrait, en mars dernier, une ca-

nine supérieure, en juin, une molaire inférieure et une molaire supérieure droite. Depuis deux semaines, des douleurs spontanées ont remplacé la simple lourdeur qui ne l'inquiétait plus. Le tabac les exacerbe au point qu'il a cessé de fumer. Il se plaint encore d'une légère hypoacousie du côté droit.

A l'examen, notre patient paraît robuste. Il a soixante-sept ans et n'a jamais été malade. Marié, sa femme est également vivante, en bonne santé. Elle a mis au monde neuf enfants actuellement vivants et bien portants. Au niveau de la face existe une légère asymétrie par voussure de la joue droite. La palpation, indolore, fait sentir un peu d'empatement à ce niveau. Les plans superficiels ne sont pas infiltrés et glissent sur cette tuméfaction molle, de la grosseur d'une olive plaquée contre l'os.

L'exploration des territoires ganglionnaires est négative. L'ouverture de la bouche est gênée par une contraction antalgique. On l'apprécie mal, car le patient est presque édenté ; seules subsistent G. 1. g. 4, d. 2., d. 3., d. 4. Il existe à peine un centimètre d'écart entre les plans horizontaux passant par les bords triturants des dents en place.

Toute l'attention se concentre alors vers le maxillaire supérieur droit. Le vestibule est comblé dans sa partie la plus postérieure. Il existe là, sur le flanc de la tubérosité maxillaire, une ulcération cratériforme de la superficie d'une pièce de 0 fr. 50, d'où partent des stries et des soulèvements radiés. L'ulcération est anfractueuse, terne de couleur. Les bords, violacés, irréguliers, se rac-

cordent insensiblement avec la muqueuse saine par une muqueuse congestionnée, sillonnée de varicosités.

La palpation n'éveille aucune douleur. Elle montre que cette ulcération non indurée est fixée sur le flanc externe de la tubérosité du maxillaire supérieur. Le doigt ne ramène pas de sang.

Pour éliminer en toute sécurité l'épithélioma, malgré cette longue évolution, un examen rhinoscopique et une radiographie sont demandés.

La radiographie nous donne immédiatement le diagnostic : il existe une dent de sagesse supérieure droite qui paraît couchée horizontalement. D'ailleurs l'exploration de l'ulcération au stylet conduit sur un corps dur qui n'est autre que la dent.

Il s'agit donc bien d'une péricoronarite de la dent de sagesse supérieure droite, en relation avec l'extraction de la deuxième molaire ou une arthrite pyorrhéique de cette même dent : nous sommes réduits aux hypothèses.

Le 30 *Juin*, sous anesthésie locale, le Dr CHOMPRET pratique après incision au bistouri de la muqueuse ulcérée, l'extraction au syndesmotome de la dent, dont la surface triturante regardait en bas, en avant et en dehors.

Elle ne présente aucune lésion de carie. Mais elle est recouverte de dépôts noirâtres qui témoignent de l'infection ancienne du sac péricoronaire.

Un fragment de la muqueuse a été examiné : il s'agit bien d'une ulcération banale

OBS. n° IX

Stomatite ulcéreuse

M. S..., peintre en bâtiments âgé de 27 ans, vient en janvier 1931 à l'École de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie pour se faire soigner les gencives.

Le malade nous dit qu'il a depuis quelques semaines les gencives gonflées et saignant au moindre contact.

A l'examen buccal, on peut vérifier ses dires : la muqueuse gingivale est enflammée et tuméfiée, les papilles interdentaires sont gonflées, et les dents laissent leurs empreintes au niveau de la muqueuse jugale également tuméfiée. La salivation est assez abondante. De plus on constate l'absence de D. 4, d. 6, G. 3, G. 5, G. 8, g. 6. Ces dents ont été extraites antérieurement. G. 5 et g. 7 sont cariées. Il y a un peu de tartre au niveau de la face linguale des dents antéro-inférieures.

Interrogé le malade nous dit qu'il n'a suivi aucun traitement mercuriel ou bismuthique.

En résumé, il s'agit d'une *stomatite catarrhale*, chez un individu adulte, en dehors de toute affection concomitante. Malgré l'absence de tout liseré gingival, on pensa, vu la profession du malade, à une stomatite toxique dont l'éclosion aurait pu être favorisée par la présence du tartre et par la présence des dents cariées. On procéda donc immédiatement à une « remise en état » de la bouche : g. 7 dont la carie est trop avancée pour être traitée, fut extraite ; G. 5 fut obturée et on enleva tout le tartre. Ces soins étant terminés, on renvoie le malade non sans

lui avoir recommandé des mesures d'hygiène buccale et générale très rigoureuses.

Nous revoyons le malade le 10 février suivant. Il a, nous dit-il, suivi les conseils qu'on lui a donnés, mais malgré cela l'état de ses gencives a empiré.

En effet, on trouve à l'examen une muqueuse enflammée et tuméfiée. En dehors de ces lésions on aperçoit sur la joue gauche et en rapport avec les molaires supérieures une ulcération superficielle à bords irréguliers, grande comme une pièce de 50 centimes, saignant facilement et recouverte d'un dépôt blanc grisâtre rappelant une fausse membrane. Une deuxième ulcération semblable siégeait à la partie postérieure de la crête alvéolaire et empiétait légèrement sur le pilier antérieur du voile du palais. L'haleine du malade était fétide. La douleur à la palpation de ces lésions était particulièrement vive au niveau de la partie toute postérieure du rebord alvéolaire gauche.

L'aggravation des signes de stomatite malgré la remise en état de la denture et malgré l'antisepsie rigoureuse de la bouche, la localisation des lésions maxima et surtout la douleur très intense déterminée par la pression digitale au niveau de la tubérosité, nous firent penser à la présence possible d'une dent de sagesse en rétention.

On fit une radiographie (voy. fig. 7) qui montre en effet l'existence d'une dent de sagesse supérieure incluse.

L'avulsion chirurgicale de cette dent fut pratiquée. Cette intervention fut rapidement suivie d'une guérison

complète de la stomatite qui existait depuis plus de deux mois.

OBS. n° X

Cellulite séreuse à répétition

M^{me} M..., âgée de quarante ans vient consulter vers la fin d'octobre 1931 pour une fluxion de la joue gauche.

Depuis cinq mois environ, notre malade éprouvait de temps à autre une sensation de gêne et de lourdeur vague au niveau de ses dents supérieures gauches. Ces troubles légers et fugaces n'inquiétaient guère la patiente.

Au mois d'août dernier apparut une fluxion. La malade, en vacances, consulta le dentiste dans la localité la plus proche. Celui-ci pratiqua l'avulsion de la première molaire gauche qui lui sembla être à l'origine de cette affection. Quelques jours après cette intervention, tout rentra dans l'ordre.

En Septembre, nouvelle poussée de cellulite, non accompagnée de douleur. Un dentiste consulté, lui prescrit des bains antiseptiques. Cette fois-ci encore la fluxion disparut en quelques jours. La malade a remarqué que les accès de fluxion coïncidaient avec ses périodes menstruelles.

En Octobre, au moment de ses règles, nouvelle fluxion. Elle revoit son dentiste, qui l'envoie à l'École de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie.

La malade ne souffre pas du tout et c'est à peine si

elle éprouve une sensation de lourdeur dans la région malade.

A l'examen externe on voit une tuméfaction de la joue gauche. Le gonflement siège dans la région génienne, efface le sillon naso-génien et il est le plus marqué à un point situé environ à deux travers de doigt au-dessous du malaire. La peau est lisse, tendue, mais de coloration normale. *A la palpation* on trouve une légère augmentation de la température locale. Les tissus tuméfiés sont élastiques et dépressibles. *La pression digitale* est à peine douloureuse et elle ne laisse pas de godet.

La localisation de la tuméfaction ainsi que l'histoire clinique nous firent penser à une ostéo-périostite chronique, de la région molaire gauche du maxillaire supérieur, évoluant par poussées successives.

A l'examen de la bouche, nous regardons de suite vers la région incriminée : G. 5 est couronnée mais ne présente actuellement aucune lésion ligamentaire en évolution.

L'alvéole de la dent de six ans, dent qui fut extraite il y a deux mois, est complètement cicatrisée, et on ne trouve rien d'anormal à son niveau. G. 7 est saine. La dent de sagesse n'est pas visible. La malade ne se souvient pas si la dent a fait son éruption ni si elle fut extraite. La tubérosité maxillaire est plus volumineuse que normalement. La muqueuse est, à ce niveau, rouge et légèrement tuméfiée. La palpation de cette partie du bord alvéolaire provoque une douleur nette.

Ces signes nous firent penser à l'existence possible d'une dent de sagesse incluse. La radiographie confirma cette hypothèse. Elle montre, en effet (voy. fig. 8). une

dent incluse, volumineuse, en position légèrement oblique, et dont la couronne butte contre les racines de G. 7.

Nous posons alors le diagnostic de cellulite séreuse à répétition déterminée par l'existence d'un foyer infectieux siégeant au niveau de la dent de sagesse retenue.

Dans ces conditions l'avulsion de la dent de sagesse s'imposait. On décida de plus, le coincement de la dent de sagesse par les racines de la deuxième molaire étant très marqué, de sacrifier la dent de douze ans.

Intervention. On pratique l'anesthésie locale par injection de 2 cc. d'une solution de novocaïne adrénalinée à 2 %. Après quelques instants, on extrait la deuxième molaire. On trace ensuite, au niveau de la tubérosité, une incision en T, on décolle la muqueuse et on rugine l'os. On décortique ensuite la dent, et on fait l'avulsion à l'aide d'un davier à dents de sagesse supérieures.

Les suites opératoires furent normales. La malade revue deux mois après l'intervention est en parfait état.

CONCLUSIONS

I. Les faits exposés plus haut nous permettent de conclure qu'il existe, en dehors des troubles causés par l'éruption en direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure, des accidents dûs à l'inclusion de cette dent.

II. Ces accidents sont assez rares. Qu'ils soient de nature mécanique, nerveuse, tumorale ou infectieuse, ils évoluent d'une façon lente et insidieuse. Ils sont généralement moins graves et surviennent, dans la majorité des cas, à un âge plus avancé, que les accidents que l'on observe au niveau de la dent de sagesse inférieure.

III. Il y aura lieu de songer à la présence possible d'une dent se sagesse incluse lorsqu'on aura constaté l'un des accidents suivants :

a) Une *névralgie du trijumeau* dont l'origine est inconnue ;

b) Une *tumeur kystique* siégeant au niveau de la tubérosité maxillaire ;

c) Une *fistule* persistante de la partie postérieure du rebord alvéolaire.

Ces troubles se trouvant accompagnés ou non de trismus, ou d'infammation ganglionnaires.

IV. Le diagnostic est souvent délicat

L'absence de la dent de sagesse sur l'arcade constitue un signe de présomption. La palpation et l'exploration des fistules peuvent donner des renseignements utiles, mais le diagnostic repose surtout sur l'examen radiographique. Dans certains cas, en effet, la radiographie seule, en montrant la dent incluse, permet d'affirmer le diagnostic.

V. Le traitement de ces accidents sera toujours étiologique. Car un traitement doit viser la suppression des causes de l'affection pour être efficace. Dans le cas qui nous intéresse, la dent incluse est à l'origine de tout le mal. L'avulsion chirurgicale de cette dent est donc seule susceptible d'amener la guérison.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de Thèse,
OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERCHER et VILENSKI. — « Tumeurs liées à l'existence du système dentaire », *Revue de Stomatologie*, septembre 1926.
- BERGER. — « Technique for removal of impacted upper third molars », *Dental Items of Interest*, avril 1923.
- BEYSSAC. — « Accidents tardifs de la dent de sagesse supérieure : difficulté de diagnostic », *Semaine Dentaire*, décembre 1923.
- BONNEY-ROY. — « Le sinus maxillaire dans les incidents de la pratique journalière », *Odontologie*, avril, 1926.
- BONSDORF PER VON. — « Untersuchungen uber Massverhaltnisse des Oberkiefers mit spezieller Berucksichtigung der Lageziehungen zwischen den Zahnwurzeln und der Kieferhohle », Imprimerie Tilgmann, Helsingfors, 1925.
- BROcq et MONIER. — « Sur le traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse et de l'extraction de cette dent encore incluse », *Presse Méd.*, 25 octobre 1925.
- CADENAT. — « Un accident de l'extraction de la dent de sagesse supérieure la fracture de la pyramide », *Société de chirurgie de Toulouse*, 28 juillet 1929.
- CAPDEPONT. — « Rôle et mécanisme de l'infection dans les accidents de la dent de sagesse », *Revue de Chirurgie*, 1910 p. 1052.
- CHOMPRET et DECHAUME. — « Cellulites cervico-faciales d'origine buccodentaire », *Revue de stomatologie*, novembre 1931.
- « Deux cas d'évolution anormale de la dent de sagesse supérieure », *Revue de Stomatologie*, novembre, 1928.
- DE LA TOUR. — « Considérations sur la localisation radiographique des dents incluses », *Revue Dentaire de Elect.*, n° 8, 1927.
- DORIAN. — « La rétention totale des molaires temporaires, Thèse de Paris, 1928.
- DUFOURMENTEL. — « Fracture de la tubérosité au cours d'avulsions de la dent de sagesse supérieure », *La Revue Odontologique*, juin 1931.
- DUFOURMENTEL et FRISON. — « La forme odontalgique de la sinusite maxillaire », *Odontalgie*, juin 1923.

- « Quelques considérations sur les dents incluses », *Revue Odontologique*, octobre 1928.
- DURAND. — « La persistance chez les gens âgés des dents de sagesse incluses, forme clinique exceptionnelle », *Lyon-Médical*, 30 mai 1926.
- FARGIN-FAYOLLE. — « La péri coronarite dentaire », *Presse Médicale*, 19 novembre 1910.
- FISCHER, Dr. GUIDO. — « Bau und Entwicklung der Mundhöhle des Menschen », *Verlag Klinkhardt*, Leipzig, 1909.
- GAULT. — « Accidents de dent de sagesse », *Arch. Intern. d'oto-rhino-laryng.*, mars 1927.
- GIGNOUX. — « Contribution à l'étude des accidents dûs à l'évolution de la dent de sagesse supérieure », Thèse de Lyon, 1923-1924.
- GORENSKY. — « Considération sur la marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse », Thèse de Paris, 1926.
- HERPIN et ROUSSEAU-DÉCELLE. — « Introduction à l'étude des accidents de dentition », édition de la *Semaine Dentaire*.
- HIGGUET. — « Les odontalgies sinuales », *Province dentaire*, 1926.
- KORKHAUS. — « Störungen des Zahnwechsels und die Retention der Zähne », *Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde*, 1930, Heft, 1.
- KRANZ. — « Über Zahnanomalien bei kongenitaler Lues », *Sammlg. Meusser*, Berlin, 1920.
- LEBEDINSKY (J.). — « Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal », Thèse de Paris, 1898.
- *Le milieu buccal et son équilibre biologique*, Paris, 1901.
- LEBEDINSKY et BRONFEN. — « Les fractures de la tubérosité du maxillaire supérieur », *Revue de Chir. dent et de stomat.*, janvier 1931.
- LEBEDINSKY et VIRENQUE. — « Prothèse et chirurgie cranio-maxillo-faciale », Baillière, Paris, 1928.
- LUNIATSCHEK. — « Ursachen und Formen der Zahnretention », *Deutsche Monats. für Zahnheilk.*, p. 365, 1906.
- MAUREL (G.). — *Chirurgie maxillo-faciale*, Paris, 1931.
- « Les accidents des dents incluses dans la voûte palatine. La technique de l'extraction chirurgicale de ces dents », *Revue Odontologique*, 1926, n° 10, 11.
- OMBREDANNE. — « Accidents des dents de sagesse », in *Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet*, 1927.
- ROUSSEAU-DÉCELLE. — « De l'influence des irritations bucco-dentaires sur la production et l'évolution des Dermatoses », *Revue maxillo-faciale*, décembre 1919.
- ROUVIÈRE. — « Anatomie humaine », Masson et C^{ie}, éditeurs.
- RUPPE (Ch.). — « Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure », Vigot frères, Paris, 1930.

- « Notions d'anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie », *Vigot frères*, Paris, 1928.
- SCHIEFER. — « Retention der Zahne », *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk*, 1922, p. 385.
- TAGGER. — « Canines sup. incluses, causes d'écoulement purulent par des alvéoles dentaires et simulant la pyorrhée », *Revue Odontologique*, avril, 1927.
- WEIL. — « Retention der Zahne und Persistenz der Milchzahne », *Deutsche Zahnarztl. Wochenschr.*, 1922, p. 483.
- WEISBLATT. — « Zur Kasuistik der Zahnretention », *Deutsche Monatsschr. fur Zahnheilkunde*, 1929, p. 291.
- WORMS et BERCHER. » — Affections oculaires d'origine dentaire », *Revue de Stomatologie*, septembre 1925.
-

